La tuberculose aiguê, doit être distinguée dans sa forme purement infectieuse de la fièvre typhoïde, de l'embarras gastrique, de la grippe. Nous avons déjà exposé les principales données de ce diagnostic.

Dans ses formes régionales, elle peut être confondue avec le catarrhe suffocant, la pneumonie, la broncho-pneumonie. C'est la un problème souvent d'une grande difficulté. La pneumonie tuber-culeuse se reconnaît facilement au bout de huit à dix jours, si la défervescence ne se fait pas, et qu'aucune complication, pleurésie purulente, otite, méningite, ne justifie la continuité de la fièvre.

Il en est de même de la broncho-pneumonie tuberculeuse dont le diagnostic précoce est souvent impossible. On tiendra compte de l'existence d'un autre foyer, ganglions, pleurésie, etc. Dans quelques cas, ainsi que je l'ai indiqué à propos de la broncho-pneumonie, j'ai pu reconnaître sa nature tuberculeuse, en me basant sur l'absence de râles sonores.

Les formes apyrétiques de la tuberculose diffuse du nourrisson, rappellent le tableau de l'athrepsie. Là encore, le tracé thermique même non fébrile peut éclairer le diagnostic. Si l'enfant est nourri au sein et qu'il présente le tracé en plateau que j'ai décrit chez lui, en même temps qu'il pâlit et maigrit, on peut soupçonner la tuberculose. Ce plateau thermique indique en effet une digestion et une asssimilation normales. L'amaigrissement ne peut provenir que d'un trouble de nutrition, siégeant en dehors du tube digestif; une pareille éventualité implique l'idée d'un foyer infectieux latent, qui peut être rattaché le plus souvent à la tuberculose. L'ai pu faire un diagnostic de ce genre en l'absence de tout signe physique.

5º Pronostic. — La tuberculose diffuse de l'enfant est souvent précédée de lésions latentes au niveau des ganglions profonds. Ces lésions peuvent ne pas s'éveiller. Mais, quand la généralisation est produite aigué ou chronique, le pronostic est fatal, sinon immédiatement, du moins à une échéance assez rapprochée.

6° Traitement. — Le traitement est surtout prophylactique. L'enfant né de parents tuberculeux doit être soustrait au voisinage de la famille (EFSTEIN, HELLER). Si on le garde, les parents s'astreindront rigoureusement aux prescriptions hygiéniques des tuberculeux, destruction des crachats, non cohabitation dans le lit et la chambre, abstention des baisers, etc.

L'allaitement artificiel est contre-indiqué. L'enfant doit être confié non à la mère, mais à une nourrice. Les maladies accidentelles, troubles intestinaux, bronchite, rougeole, coqueluche, sont souvent la cause occasionnelle de l'éveil d'une tuberculose latente, d'où la nécessité d'éviter les contagions, en s'abstenant de l'école, en évitant les refroidissements, les écarts de régime. Proscrire les études précoces, les efforts intellectuels par crainte de la méningite.

Augmenter la résistance du terrain par l'endurcissement progressif, au moyen de l'hydrothérapie froide, le séjour dans les altitudes, l'huile de foie de morue.

Le lait étant parfois l'agent infectant, on ne le prendra que bouilli. Les aliments dérivés du lait, beurre, crème, peuvent renfermer le bacille de Koch.

S'il y a une tuberculose locale, arthrite, éviter les traumamatismes ou les interventions sanglantes qui produisent parfois des accidents de généralisation.

Le traitement proprement dit est impuissant contre les formes diffuses de la tuberculose. J'ai employé sans succès les badigeonnages avec le gaïacol qui ont donné quelques résultats heureux chez les adultes entre les mains de Bard et Courmont. On se bornera à faire un traitement symptomatique.

ARTICLE X

MALARIA

L'impaludisme ou malaria est une infection du sang transmise par un parasite spécial qui traduit sa présence par des accès de fièvre intermittente ou rémittente, aboutissant parfois à des troubles graves de divers organes (perniciosité) ou à une cachexie spéciale. 1º Étiologie et pathogénie. — Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour considérer comme spécifique l'hématozoaire découvert par LAVERAN en 1880.

Cet hématozoaire se présente sous quatre formes dans le sang humain : les corps sphériques amiboīdes, incolores ou pigmentés, le plus souvent à l'intérieur des globules rouges, les corps en rosace, les croissants, les flagella. L'hématozoaire de Laveran ne se cultive dans aucun milieu. Il ne peut vivre que dans le sang humain ou le corps du moustique et se reproduit dans chacun de ces organismes d'une façon différente.

Chez l'homme, la reproduction est asexuée (schizogonie). Le

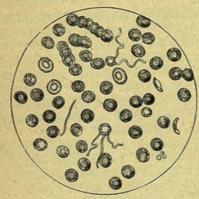


Fig. 31.

Hématozoaires du paludisme (d'après Laveran).

corps sphérique à l'intérieur du globule rouge grossit, détruit l'hématie dont il vit et se divise par segmentation ou bourgeonnement en petits corps sphériques (mérozoïdes) au nombre de huit ou seize qui forment le corps en rosace, s'échappent des globules rouges, pénètrent dans le plasma avec leurs produits de désassimilation. C'est à ce moment précis que commence l'accès de fièvre, terminé par l'élimination rénale et sudorale des toxines. Les petits corps sphériques ou mérozoïtes vont de

nouveau attaquer les globules rouges, s'y développer et recommencer le même cycle. La durée de cette évolution est d'ailleurs variable, c'est ce qui explique les différents types cliniques de fièvre.

Les corps en croissant ne jouent dans le sang humain aucun rôle dans la reproduction. Ils nagent dans le plasma. On les trouve dans les cas les plus graves de paludisme. Ce sont des formes de résistance.

Tel est le cycle évolutif de l'hématozoaire spécial au sang humain.

Les corps en croissant empruntent leur intérêt principal à ce que ce sont les seules formes de l'hématozoaire qui se reproduisent dans le corps du moustique. Après avoir été aspirés dans l'estomac de ce dernier qui les a puisés par piqure et succion dans le sang humain, ils s'y développent, deviennent ovoïdes (macrogamètes); quelques-uns se munissent de flagelles, ou bien ont été absorbés déjà pourvus de ceux-ci (microgamétocytes). Les flagelles se détachent, et viennent féconder à la façon d'un spermatozoïde les macrogamètes. C'est d'une véritable reproduction sexuée qu'il s'agit; l'hématozoaire à l'état larvaire chez l'homme n'acquiert son complet développement que chez le moustique. Le macrogamète fécondé porte le nom de zygote. Il se loge dans la paroi musculaire de l'estomac du moustique, s'y développe, s'enkyste et se segmente en une foule de petits organismes falciformes, les sporozoites qui, mis en liberté par la rupture du kyste, se répandent dans le corps du moustique, viennent se loger dans les glandes salivaires et leurs tubes excréteurs. De là ils passent par piqure dans le sang humain où ils parcourent à nouveau le cycle de leur génération asexuée.

Il convient de citer même dans un traité élémentaire les noms des savants qui ont découvert le passage de l'hématozoaire dans le corps du moustique et la propagation exclusive de la malaria par la piqure de celui-ci. C'est Manson qui a ouvert la voie à ces recherches par ses études sur la filariose. Ross, aux Indes, en 1895 et 1898, établit le double cycle du proteosoma Labbé chez l'oiseau et le moustique. Enfin Grassi, Bignami, Bastianelli, Marchiafava montrèrent que l'hématozoaire de Lave-

ran passait également dans le corps de l'anopheles claviger. : On a distingué dans l'hématozoaire des variétés en rapport avec les différents types de fièvre intermittente.

La fièvre estivo-automnale est associée à des corpuscules arrondis, petits, peu pigmentés, et des corps en croissant circulant dans le plasma.

La fièvre printanière s'accompagnerait de corps arrondis, plus volumineux, chargés de pigment avec absence de corps en croissant.

Dans les formes bénignes, le parasite se voit facilement dans le sang circulant; dans les formes graves, il est plus difficile à observer, car il se fixe sur les hématies dans la profondeur des tissus, rate,, foie, moelle osseuse, vaisseaux intestinaux, et on a eu recours parfois à la ponction splénique pour le découvrir.

L'étude de l'hématozoaire de Laveran explique largement toutes les particularités de l'histoire clinique du paludisme : l'intermittence des accès, leur retour périodique au moment où les mérozoftes passent dans le plasma, l'anémie rapide, la mélanémie, le pigment provenant de la destruction des globules rouges qui se fixe sur les parasites, sur les leucocytes, sur les endothéliums vasculaires, l'action spécifique de la quinine et l'obligation de l'administrer un peu avant la séparation des mérozoïtes.

Elle rend compte aussi des conditions générales de production de la malaria, climats, saisons, heures de la journée propices à l'atteinte, etc., tous points qui n'ont rien de spécial à l'enfance et qui sont pleinement éclairés par l'histoire naturelle du moustique.

· La malaria ne peut se répandre ni par l'air, ni par l'eau; elle peut être inoculée par l'injection du sang de l'homme malade à l'homme sain (BACCELLI), mais ne peut se cultiver que dans le sang humain ou le corps du moustique.

L'hématozoaire ne quitte pas spontanément les vaisseaux du paludique. On nel'a observé ni dans le lait, ni dans le sang du fœtus, retenu qu'il est dans le placenta maternel (Bignami et GUARNIERI, BASTINELLI, SERENI, CONCETTI). Le paludisme provoque l'avortement ou l'accouchement prématuré dans plus de la moitié des cas, la mort du fœtus et de l'enfant dans plus du quart

des cas, principalement dans les fièvres estivo-automnales (SERENI), sans qu'on trouve de parasites dans le sang de l'enfant, alors que celui de la mère en est gorgé. Même, de nombreux auteurs italiens, ont reconnu l'intégrité du sang de l'enfant ou du fœtus, qui échapperait ainsi à la fois à l'infection et à l'intoxication. Quoi qu'il en soit le paludisme congénital n'existe pas et ne peut pas davantage se transmettre par le nourrissage.

Rappelons qu'on a pu conférer la malaria en faisant piquer des sujets sains par des anophèles infectés (BIGNAMI). MANSON, à Londres, fit l'expérience sur son propre fils avec des anophèles envoyés d'Italie.

On a admis une certaine immunité des nourrissons, qui s'explique peut-être par le soin que l'on met à les mieux garantir de la piqure des moustiques; mais à partir de deux ans la malaria est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte et on peut juger de l'insalubrité d'une région par l'énorme morbidité des enfants.

Ross signale en Afrique une proportion totale de paludisme de 28 p. 100 et de 60 p. 100 chez les enfants de deux à trois ans. Pour Gosio, la proportion est de 58 p. 400 chez les enfants de un à quinze ans dans les Maremmes de Grosseto.

BILLIET et CARPANETTI ont établi l'index endémique d'Aîn Mokra et l'évaluent à plus de 60 p. 100 chez les enfants'.

2º Symptômes. - La malaria revêt chez l'enfant les deux formes classiques : aigué et chronique.

A. FORME AIGUE. - Elle présente les variétés simple, pernicieuse, larvée.

a. Forme simple. - Chez le nourrisson, l'accès n'a pas ses trois périodes si tranchées que chez l'adulte. Le frisson manque, il est remplacé par le refroidissement des extrémités, de la cyanose, un accès convulsif précédé d'agitation, de malaise, de pleurs. Le stade de sueur fait défaut ou se réduit de beaucoup. L'élévation thermique se traduit par des symptômes nerveux, agitation, délire, convulsions, vomissements, ou somnolence.

¹ Voir Carpanetti. Le paludisme et son étiologie, Th. de Lyon, 1904.

MALADIES INFECTIRUSES

Parfois il se produit de la diarrhée simple ou dysentériforme qui peut survivre à l'accès.

Celui-ci dure quelques heures, puis tout revient à l'état normal. Si la quinine n'est pas administrée, la fièvre reparaît et peut se reproduire un certain nombre de fois. La guérison peut être spontanée, le plus souvent elle exige l'intervention thérapeutique.

Dans les formes graves, la température ne revient pas tout à fait à la normale qu'elle dépasse de un demi degré à 1 degré et demi. Il persiste de l'abattement, de la diarrhée avec tympanisme abdominal, embarras gastrique, parfois de la dysenterie. En fait, la fièvre est plutôt rémittente. Les paroxysmes sont quartes ou tierces dans les fièvres printanières, souvent secondaires, d'allure bénigne; quotidiens ou tierces dans les fièvres estivo-automnales, graves, généralement primitives (Billier). (Les fièvres primitives sont celles qui succèdent à l'inoculation par un moustique, les fièvres secondaires sont dues au réveil d'une atteinte ancienne). Les accès sont parfois irréguliers. Ils ne surviennent pas le matin, mais plutôt le soir ou la nuit, à des heures variables. Aussi faut-il attacher une certaine importance à l'hypertrophie de la rate, qui est constante et se développe rapidement, à la coloration sale des téguments, à l'anémie, à la mélanémie, et surtout à la présence des hématozoaires.

b. Forme pernicieuse. — La fièvre malarique, surtout dans ses formes estivo-automnales, se transforme brusquement par l'adjonction ou l'exagération de certains symptômes et revêt le type pernicieux.

Chez l'enfant, on a surtout noté le coma avec températures extrêmes, l'éclampsie à crises répétées, les diarrhées profuses cholériformes, la dysenterie grave, l'état typhoïde. La mort est souvent la conséquence de la perniciosité.

c. Formes larvées. — Les plus fréquemment observées sont les formes intestinales (Moncorvo, Filatow). Ce sont des diarrhées qui surviennent périodiquement, sont indépendantes du régime et guérissent par la quinine. Le trouble revêt plus rarement l'apparence dysentérique.

Le système nerveux est moins souvent en jeu. Les névralgies

sont exceptionnelles. On a signalé une toux nerveuse, à retours périodiques, des éruptions : érythème simple, noueux, urticaire (MONCORVO).

Concerti met en garde contre l'abus des formes larvées, qui se raréfient à mesure que l'on peut pratiquer l'examen systématique du sang.

B. Forme chronique. — Elle succède aux formes graves ou s'établit d'emblée. Elle est apyrétique ou accompagnée de mouvements fébriles irréguliers.

Le tableau est celui de la cachexie paludique : peau terreuse, aspect athrepsique du nourrisson qui est amaigri, ridé, avec développement de l'abdomen, celui-ci relevant de l'hypertrophie scléreuse de la rate, du foie et du tympanisme. La diarrhée est presque constante, la digestion troublée, il y a un arrêt de développement général. L'enfant meurt dans le marasme avec des hydropisies, du purpura, des lésions ulcéreuses de la peau ou des muqueuses orificielles; parfois il est emporté par une broncho-pneumonie ou des convulsions.

3º Diagnostic. — Le diagnostic est basé sur la connaissance de l'endémie palustre, l'hypertrophie splénique, l'aspect de la peau, l'efficacité de la quinine. On s'appuiera surtout sur la constatation de l'hématozoaire dans le sang, en se souvenant que dans les formes graves, il est plus difficile à trouver que dans les formes bénignes. Billiet a indiqué comme signe important une mononucléose du sang.

Les diarrhées, les troubles digestifs des nourrissons qui se présentent sous la forme paroxystique, sans erreur de régime, peuvent relever de la malaria.

Dans la tuberculose des nourrissons, la fièvre, la splénomégalie, la diarrhée, la cachexie rappellent assez certaines formes de la malaria.

L'anémie pseudo-leucémique se reconnaîtra à la pâleur des téguments, à l'absence de parasites.

Dans les formes rémittentes ou subcontinues de la malaria, le diagnostic sera fait avec la fièvre typhoide, les infections intestinales, la méningite.

Chaque seringue renferme 30 à 40 centigrammes de chlorhy-

L'injection sera faite aseptiquement et profondément dans les muscles des flancs ou des fesses.

Comme moyen héroïque, Baccelli a proposé l'injection intraveineuse dans les cas pernicieux.

Les doses seront de 0,23 à 0,50 centigrammes chez les nourrissons, de 1 à 2 grammes à partir de deux ans. Elles sont presque équivalentes à celles de l'adulte.

On augmentera de 1/5° les doses d'euquinine et d'aristochine. Les doses seront moitié moindres pour les injections souscutanées.

Elles seront doublées pour les lavements.

Il faut rejeter les suppositoires et les pommades en application sur la peau comme trop infidèles.

Le moment de l'administration de la quinine a été précisé depuis les études faites sur le parasite.

La quinine attaque surtout les formes jeunes de l'hématozoaire. C'est trois à quatre heures avant l'accès que les corps arrondis, fixés dans le globule rouge, se sont divisés et ont donné naissance aux spores qui vont devenir libres dans le plasma et susciter l'accès. C'est à ce moment aussi qu'on administera la quinine.

La dose devra être reprise quelques heures avant l'époque présumée des accès futurs, par conséquent tous les jours, dans les quotidiennes, tous les deux ou trois jours, dans les tierces et les quartes

Si les accès ne reparaissent pas, on continue à donner de la quinine tous les cinq ou six jours, pendant plusieurs semaines.

4º Pronostic. — L'enfant contracte plus volontiers la malaria que l'adulte, elle est chez lui plus souvent primitive, estivoautomnale, la susceptibilité de l'intestin et du système nerveux créent des complications fréquentes. Les paludéens cachectiques ont des enfants frappés de dégénérescence avec arrêt de développement général.

5° Traitement. — La quinine est le médicament spécifique de la malaria. On l'emploie sous forme de sulfate, de chlorhydrate, de bromhydrate. Ces préparations étant très amères, on leur a substitué deux produits moins désagréables : l'euquinine et l'aristochine qui se donnent à doses un peu plus élevées.

La quinine se donne par la bouche, en lavements, en injections sous-cutanées et en injections intra-veineuses.

Par la bouche, on peut essayer de l'administrer en cachets, chez les enfants un peu grands. En cas d'insuccès, on peut employer des prises enrobées dans du miel, de la confiture, du sirop de limon. Assez souvent, la quinine est vomie, et dans ce cas, il faut avoir recours à l'euquinine ou à l'aristochine.

On peut aussi employer la quinine dans une petite potion de 30 à 40 grammes très sucrée et aromatisée qu'on administre par cuillers à café.

Voici les formules préconisées par Concetti :

I.	Bisulfate ou hydrochlorate de quinine.	1 gra	amme
	Saccharine	0,50	_
	Sirop de fleurs d'oranger		_
II.	Extrait fluide de réglisse	30	_
	Chlorhydrate de quinine	1	_
	Eau d'anis	5	-

La quinine peut être donnée en lavement, après évacuation de l'intestin, dissoute dans 2 à 3 cuillers de la solution physiologique tiède de chlorure de sodium. Elle doit être portée aussi haut que possible, au moyen d'une longue sonde molle. Chaque lavement renferme 30 à 50 centigrammes de quinine et doit être renouvelé 3 ou 4 fois par jour.

La voie hypodermique convient aux formes graves; je signale un procédé excellent proposé par M. Soulier pour favoriser la Pour le premier accès, on peut en vue de gagner du temps, donner de la quinine à la fin de l'accès, de façon à exercer une action tardive, mais encore efficace, sur les parasites jeunes qui circulent dans le plasma.

Dans les formes graves, estivo-automnales, la quinine doit être donnée à dose forte, tous les jours, cinq à six jours de suite.

Dans les pernicieuses, on doit agir, quelle que soit la phase de l'accès, et on répète la dose 2 à 3 fois par jour, jusqu'à amélioration.

Dans les formes graves, la dose doit être donnée en une fois. Dans les formes bénignes, on peut fractionner la dose en 5 ou 6 prises; la dose totale doit être achevée quelques heures avant l'accès suivant.

La forme chronique est justiciable du traitement employé chez l'adulte : soustraction au climat paludéen, arsenic, extrait de quinquina, fer.

6º Prophylaxie. — La prophylaxie n'a rien de spécial chez l'enfant : destruction des moustiques, protection des habitations par les grillages des fenêtres et les doubles portes, protection de l'individu par les gants et les voiles. Rappelons l'expérience célèbre de Manson qui envoya ses élèves Sambon et Low s'établir aux environs d'Ostie, en plein marécage, dans l'endroit réputé le plus insalubre de toute la campagne Romaine. Ils séjournèrent quatre mois dans une maison de bois, avec portes à tambour se fermant automatiquement et fenêtres garnies de toiles métalliques. Ils buvaient l'eau d'un canal, vaquaient à diverses occupations pendant la journée, travaillaient dans les marais, mais rentraient dans leur demeure au coucher du soleil pour n'en sortir que le lendemain. Ils échappèrent à la malaria, alors que la population voisine était tout entière atteinte.

ARTICLE XI

SYPHILIS INFANTILE

L'infection syphilitique dans l'enfance se présente sous des formes multiples et d'aspect souvent atypique. Il convient d'étu-

dier distinctement la syphilis acquise et la syphilis héréditaire. Celle-ci s'écarte notablement par ses caractères habituels de la syphilis chez l'adulte; l'infection acquise chez l'enfant au contraire se rapproche plutôt de cette dernière, réserve faite pour les cas où la maladie est inoculée pendant la première année de l'existence.

§ 1. - SYPHILIS ACQUISE

Nous décrirons en premier lieu la syphilis acquise dans l'enfance, parce qu'elle est moins complexe, plus simple, dans ses manifestations, que la syphilis héréditaire.

1º Étiologie. — Ses causes sont multiples. Dans quelques cas, on relève comme facteurs étiologiques des tentatives criminelles, de viol, etc.; ou bien la transmission du contage s'est faite par des objets usagers tels que ustensiles servant à l'alimentation (biberon, cuiller), à la toilette. Au surplus il n'est pas donné d'observer souvent l'infection syphilitique par ce mécanisme. On ne mentionne plus qu'à titre de curiosité l'opinion ancienne de Hunter pour qui la syphilis héréditaire se réduisait à une infection acquise, à une inoculation de l'enfant dans le canal vaginal au moment de l'accouchement.

Beaucoup plus fréquente est la contagion par l'intermédiaire de l'allaitement ou de la vaccination. Une nourrice infectée par un nourrisson, ou par tout autre moyen, peut communiquer la vérole à plusieurs enfants, si les précautions ne sont pas prises dès le début pour arrêter la diffusion de la maladie. Les observations de ce genre sont nombreuses. Pour ce qui est de la vaccination, les cas de transmission de l'infection syphilitique tendent à se réduire de plus en plus, la pratique de la vaccination jennerienne de bras à bras perdant tous les jours de son importance. L'inoculation de la lymphe de génisse est tout aussi efficace pour l'immunisation contre la variole et t ut danger de syphilisation pour le nourrisson est complètement écarté. Il y a vingt ans, la syphilis vaccinale était souvent réalisée, non par le moyen du contenu des pustules, mais sans doute par le sang du vaccinifère.