1° si la résolution n'a pas lieu au bout de deux à trois jours par le traitement médical ;

2° si au 5e ou 6e jour, la température augmente en même temps que s'accentuent les douleurs ;

3° s'il se produit un abcès péri-appendiculaire (péritonite partielle). Le diagnostic en est délicat, car la fièvre peut tomber même en cas de collection purulente. On opérera si au bout de vingt-quatre heures de traitement médical, la tumeur s'accroit (Broca) ;

4° on opérera dans les appendicites à recrudescence, la résolution étant suivie rapidement d'une poussée nouvelle ;

5° on interviendra aussi à la moindre menace de péritonite : persistance ou retour des vomissements, suppression des émissions gazeuses par l'anus, discordance entre le pouls et la température, cette dernière baissant pendant que le pouls s'accélère et devient petit ;

6° en cas de péritonite franche déclarée. La plupart des chirurgiens n'opèrent plus en cas de péritonite septique.

ARTICLE IV

DYSENTERIE

La dysenterie est une inflammation ulcéreuse, spécifique, contagieuse du gros intestin.

1° Étiologie. — L'étiologie est la même que chez l'adulte. La dysenterie se montre surtout de deux à cinq ans (Barthez et Sanné), plus souvent chez les garçons que chez les filles ; elle est favorisée par les grandes chaleurs : rare dans les climats tempérés, elle se montre surtout dans les zones tropicales où elle règne à l'état endémo-épidémique.

Elle survient de préférence chez les sujets débilités, les paludéens, chez ceux qui ont des troubles digestifs ou encore à la suite des maladies aiguës (dysenterie secondaire).

Une indigestion ou une diarrhée provoquée par l'ingestion de fruits verts, d'aliments grossiers, d'eau glacée, par le refroidissement de l'abdomen resté découvert la nuit, précèdent souvent les symptômes proprement dits de la dysenterie. Celle-ci se propage de trois façons différentes :

a. la *contagion* qui est réalisée par la communauté des cabinets, des vases, des canules de lavement, peut-être des thermomètres ;

b. l'*ingestion* d'aliments ou de boissons renfermant le germe pathogène : les épidémies d'origine hydrique ne sont pas rares ;

c. l'*inhalation* de particules provenant de selles dysentériques qui ont contaminé des objets de literie, du linge, et se répandent dans l'atmosphère après dessiccation, de façon à créer un foyer infectieux. Ce mode de propagation n'est pas absolument démontré.

La dysenterie existe à l'état *sporadique* ou *épidémique*.

Le contage spécifique existe vraisemblablement, mais on n'a pas pu le reconnaître d'une façon sûre ; on a incriminé l'*anguillule stercorale* (Normand), l'*amœba coli* (Lœsch, Kartulis)[1] un bacille très petit (Chantemesse et Widal), le *bacille pyocyanique* (Calmette), des *spirilles* (Le Dantec), un *bacille spécial* (Roger), un *diplocoque du sang* (Lesage).

On n'a pas précisé encore si les formes foudroyantes, gangréneuses des pays chauds relevaient des mêmes agents ou des mêmes associations parasitaires que les dysentéries ulcéreuses des pays tempérés. Tout ce qu'on peut dire, c'est que l'amibe se voit surtout dans les formes exotiques et le coli-bacille modifié de Chantemesse et Widal dans la dysenterie des pays tempérés.

2° Anatomie pathologique. — Les lésions siègent dans le côlon, s'étendent parfois à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle. La muqueuse congestionnée, semée de points, de plaques, de bandes hémorragiques, infiltrée comme par un phlegmon en nappe, est recouverte d'ulcérations déchiquetées, irrégulières, grises, tapissée de mucosités sanglantes et de fausses membranes grisâtres. Dans les cas de guérison, les ulcérations

[1] Voir la revue de Mathieu et Soupaut, in *Gazette des Hôpitaux*, 1896.

peuvent donner lieu secondairement à une cicatrice sténosante (Hénoch).

De plus, la dysenterie amibienne récidive et donne lieu aux suppurations hépatiques ; elle est inoculable au chat. La dysenterie bacillaire ne se complique pas d'abcès du foie, ne récidive pas et peut être guérie par la sérothérapie (Dopter).

3° Symptômes. — Dans les cas légers, l'enfant a d'abord de la diarrhée, des selles liquides mêlées de résidus fécaloïdes anciens. Rapidement elles diminuent de quantité, se transforment, deviennent muqueuses, sanguinolentes. Chaque selle est précédée de coliques, de besoins douloureux dont le siège est localisé au niveau du rectum (épreintes) et suivie d'une brûlure avec resserrement à la région anale (ténesme). Les selles se répètent toutes les heures, plus ou moins souvent : elles sont peu copieuses et contrastent par leur petit volume avec les avertissements douloureux qui les précèdent et les efforts qui accompagnent leur expulsion. Au bout de deux ou trois jours, les mucosités sont mêlées à des débris de la muqueuse, plus tard à des parcelles grisâtres, purulentes. L'état général reste assez bon. La température est très peu élevée le matin, monte le soir à 38°,5, 39°. Il y a de l'anorexie, de la soif, une bouche pâteuse, de l'agitation, de l'inquiétude. Au bout de huit à dix jours, l'amélioration se déclare et la guérison survient laissant après elle une grande susceptibilité de l'intestin. La détente est souvent annoncée par le retour de la coloration bilieuse des selles qui jusque-là étaient grises ou verdâtres. La maladie peut se prolonger plusieurs semaines et se terminer par la mort.

Dans les cas graves, les selles se répètent toutes les demi-heures, tous les quarts d'heure ; les débris membraneux, les parcelles solides, le pus se montrent en quantité plus notable, la température s'élève, il y a des vomissements. Rapidement, l'enfant prend le teint altéré, s'émacie, son ventre se rétracte, les extrémités se refroidissent, le pouls devient filiforme, le rectum se paralyse, l'anus béant laisse voir sans spéculum une partie de la muqueuse rectale (Henoch) et la mort survient dans l'hypothermie au bout de quelques jours, d'une semaine.

Il existe chez l'enfant comme chez l'adulte des *troubles chroniques* qui survivent à la dysenterie aiguë. L'état général est bon ; de temps à autre, il y a des évacuations muqueuses ou pseudo-membraneuses, le tableau est celui de la colite chronique simple.

4° Pronostic. — Le pronostic est très redoutable dans les formes intenses et surtout dans la dysenterie épidémique ; les complications à distance (abcès du foie, etc.) n'ont pas été signalées chez les enfants dans les climats tempérés.

Les rechutes sont fréquentes.

5° Diagnostic. — La dysenterie ressemble tellement à la *colite aiguë simple*, que pour admettre la maladie spécifique chez un enfant, il faut s'appuyer sur l'intensité exceptionnelle des symptômes ou la coexistence des mêmes phénomènes chez l'adulte.

Le diagnostic est plus facile entre la dysenterie et l'invagination intestinale.

6° Prophylaxie. — La prophylaxie de la dysenterie est la même que chez l'adulte.

7° Traitement. — Le traitement comporte les indications suivantes :

a. *Calmer la douleur.* — Les lavements d'eau de 45° à 50° réussissent parfois à diminuer les épreintes et le ténesme ; on peut les renouveler un certain nombre de fois. Enveloppements chauds du ventre ou application d'un sac de glace. Enfin, emploi de l'opium sous forme de laudanum, de morphine en injection rectale à la dose de 1/5 à 1 centigramme suivant l'âge, avec la canule de Condamin adaptée à la seringue de Pravaz.

b. *Combattre l'infection spécifique du gros intestin.* — Le médicament de choix est l'ipéca employé suivant la méthode brésilienne : 1 gramme dans 200 grammes de véhicule, à donner par cuillers d'heure en heure. Si l'ipéca n'est pas toléré par la bouche, on l'administre en lavages intestinaux répétés plusieurs fois par jour ; décoction de 2 à 4 grammes de racines d'ipéca

dans un litre d'eau, faire tiédir ; on fait pénétrer 1/2 litre à 1 litre et on engage l'enfant à le garder le plus longtemps possible. On s'est servi avec succès de lavements d'eau oxygénée (Rocaz, Roger, Hutinel). Voici la formule de Roger :

Eau oxygénée.	50 à 100 grammes.	
Chlorure de sodium	5	—
Phosphate de soude	3	—
Bicarbonate de soude.	0,50	—
Eau bouillie	q. s. pour un litre.	

Chaque jour 2 ou 3 lavements de 150 à 250 grammes.

A côté de l'ipéca, on se sert souvent de purgatifs, calomel, huile de ricin, purgatifs salins. Le calomel exerce une action à la fois évacuante et antiseptique. On le donne à doses massives ou fractionnées. Il a l'avantage de ne pas provoquer la nausée. Souvent, on fait précéder l'emploi de l'ipéca d'une purgation au calomel ou à l'huile de ricin, pour évacuer les mucosités, les résidus fécaux et assurer le contact de l'ipéca intus ou en lavement avec la muqueuse malade.

c. *Médication topique.* — L'infection colique a disparu, laissant à sa suite des lésions inflammatoires ou ulcéreuses. C'est à la médication topique qu'il faut avoir recours : poudres insolubles, antiseptiques ou absorbantes, sous-nitrate de bismuth, mêlé à du benzo-naphtol, salicylate de bismuth, etc. ; astringents : tannin, tannigène, ratanhia ; lavages du gros intestin avec une solution de nitrate d'argent à 1/2 ou 1 p. 1 000, avec une solution d'alun, de ratanhia.

d. *Alimentation.* — L'alimentation doit se borner à du lait, de l'eau albumineuse, des boissons glacées légèrement alcoolisées.

En cas de collapsus, s'adresser aux moyens déjà décrits à propos des infections digestives.

ARTICLE V

INVAGINATION INTESTINALE

L'invagination intestinale est constituée par la pénétration d'un segment de l'intestin dans le segment voisin.

1° Anatomie pathologique. — L'invagination se fait dans le sens du courant fécal (*descendante*), plus rarement en sens inverse (*ascendante*). Elle est *simple*, exceptionnellement *double* ou même *triple*, la partie qui est le siège de l'invagination s'enfonçant tout entière dans un autre segment de l'intestin. On comprend la difficulté de la réduction dans ces cas.

L'invagination chez les enfants est le plus souvent *iléo-cæcale* (Leichtenstern), l'iléon et le cæcum s'invaginant dans le côlon, L'iléon peut s'invaginer seul dans le côlon, le cæcum et la valvule de Bauhin restant en place (*variété iléo-colique*). Elle peut être purement *colique* ou *iléale*.

La longueur de la partie invaginée varie de quelques centimètres à un mètre et davantage. Jalaguier cite un cas où la valvule de Bauhin fit issue à travers l'anus.

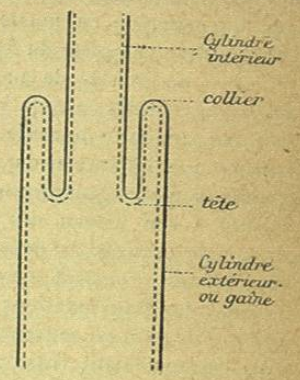

Fig. 40.
Schéma de l'invagination intestinale : on voit entre la tête et le collier l'adossement de deux séreuses (en lignes continues) et de deux muqueuses (en lignes pointillées).

L'invagination est constituée par l'emboîtement de deux tubes : l'un externe, la *gaine*, dont l'orifice porte le nom de *collier*, l'autre interne, le *boudin*, dont l'orifice situé toujours au-dessous du collet porte le nom de *tête*.

Le raccordement de la tête au collier s'opère par un repli de l'intestin qui fait partie du boudin et qui est en contact par sa séreuse avec la séreuse du tube interne, exposé par conséquent à contracter des adhérences avec ce dernier sur toute sa longueur ainsi qu'au niveau du collier, répondant par sa face muqueuse à la muqueuse de la gaine. Avec le boudin pénètre dans la gaine une partie du mésentère qui limite sa descente et par ses tiraillements le recourbe en arrière. Toute l'évolution de la maladie dépend de l'action qui va s'exercer sur le boudin de la part de

la gaine et particulièrement du collier. Le collier représente, en effet, un véritable anneau de compression et d'étranglement qui agit sur le mésentère du boudin et sur la circulation de cette portion de l'intestin. Dans la plupart des cas, il se produit rapidement de la congestion, de la stase veineuse, de l'œdème, des lésions inflammatoires, ulcéreuses ou gangréneuses du boudin. La gangrène en masse du boudin est parfois suivie de l'élimination complète du fragment invaginé.

C'est là un procédé de guérison, à condition qu'il y ait des adhérences solides entre le boudin et le collier, sinon il se produit une péritonite mortelle. L'étranglement du boudin produit souvent une inflammation septique de ses deux parois, avec tendances ulcéro-gangréneuses, qui se propage à la gaine et produit à son niveau des phénomènes de péritonite simple ou par perforation. Au-dessous de l'invagination, l'intestin est sain, affaissé, contient souvent du mucus et du sang, lequel provient des transsudations ou des ulcérations du boudin. Au-dessus, l'intestin est souvent enflammé, rarement dilaté comme dans l'étranglement vrai, car la lumière du boudin n'est pas absolument oblitérée comme celle d'une anse intestinale étranglée.

Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur le temps qui s'écoule entre l'invagination et l'apparition de la gangrène du boudin. Jalaguier considère la gangrène comme probable au bout de trois à quatre jours. Broca a vu l'intestin gangrené au bout de trente heures, Fochier (communication orale) au bout de deux jours. Par contre, Rafinesque a décrit des cas d'invagination susceptibles de durer plusieurs semaines et dont le boudin ne s'enflammait ou ne se gangrenait que tardivement.

2° Étiologie. — L'invagination est due à une propulsion d'une partie de l'intestin dans une autre partie relativement plus large et plus immobile.

Cette propulsion peut être réalisée par l'action de la pesanteur sous l'influence d'un bol fécal oblitérant, d'un polype, d'un gonflement de la muqueuse. Le plus souvent, c'est une action brusque exercée sur un segment de l'intestin qui détermine l'invagination : ainsi agissent l'augmentation soudaine de la tension abdominale dans les secousses de toux, les efforts; ainsi agissent encore les pressions localisées, comme dans les chutes sur l'abdomen, la position couchée, le ventre de l'enfant reposant sur les bras des parents.

Parfois l'invagination est due à des contractions péristaltiques violentes, comme dans les secousses verticales imprimées à l'enfant (Leichtenstern), comme celles qui sont réalisées par les coliques, l'entéro-colite, les purgations.

On a signalé chez l'enfant, comme causes prédisposantes, une laxité plus grande du tissu péricæcal, une mobilité plus marquée de cæcum, la faiblesse des fibres musculaires de l'intestin, le relâchement fréquent du gros intestin chez les enfants nourris au biberon.

Toutes ces conditions expliquent la prédilection de l'invagination, surtout dans la variété iléo-cæcale, pour le nourrisson (Leichtenstern, Trèves). On a cité des cas congénitaux, à quinze jours, mais c'est surtout dans les six premiers mois qu'on observe l'invagination. Elle se montre assez souvent jusqu'à cinq ans. Elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

3° Symptômes. — L'invagination dans la première enfance se traduit, d'après Rilliet, par une douleur vive, éclatant subitement, continue ou paroxystique, dans la région abdominale; par des vomissement muqueux, bilieux, parfois teintés de sang, *jamais ou presque jamais fécaloïdes;* par des *selles muco-sanguinolentes* ou composées de *sang pur*, l'absence de constipation et de ballonnement du ventre et par l'apparition d'une tumeur caractéristique, mais inconstante (elle manque dans la moitié des cas). Elle est reconnue rarement dans l'hypochondre droit, généralement dans l'hypochondre gauche sous forme de saillie arrondie ou cylindrique. Dans quelques cas, c'est le toucher rectal qui conduit sur la tumeur, donnant la sensation du col utérin dans le vagin. Parfois enfin la tumeur, violacée, œdémateuse, à surface muco-sanguinolente ou gangrenée sort par l'anus. L'état général est rapidement touché; la faiblesse, le

collapsus, l'algidité, la cyanose, succèdent à l'agitation du début; la torpeur est souvent entrecoupée de convulsions.

La marche est rapide, la mort survient dans les premiers jours, parfois au bout de quelques heures.

Dans les formes moins aiguës, c'est la gangrène, la perforation de la gaine, la péritonite consécutive, ce sont les hémorragies lors du détachement d'une eschare qui entraînent la mort du malade. Le ballonnement du ventre, la constipation, sont des phénomènes redoutables, car ils se rattachent à la péritonite.

Dans la seconde enfance, les symptômes se rapprochent davantage de ceux observés chez l'adulte : il y a du ballonnement du ventre, de la constipation, la mort ne survient qu'après une semaine, parfois plus tard. C'est dans la seconde enfance qu'on observe surtout la forme *lente, chronique* (Rafinesque) dont les troubles fonctionnels et généraux sont très peu marqués et qui se traduit surtout par des signes physiques, tumeur dans l'hypochondre gauche ou dans le rectum. Elle procède par paroxysmes et tue en quelques semaines, parfois en quelques mois.

4° Pronostic. — Le pronostic est grave. La mort est la règle, s'il n'y a pas d'intervention. La guérison peut se faire par désinvagination spontanée (exceptionnelle), par élimination du boudin gangrené, par établissement d'une fistule stercorale. Mais même après l'évacuation du boudin, la mort survient habituellement, par rupture de l'adhérence du collier, par hémorragie, par entérite et épuisement secondaire, par rétraction fibreuse de l'intestin.

5° Diagnostic. — On trouve quelquefois à l'autopsie des invaginations sans lésion : elles sont *agoniques* et n'ont pas d'histoire clinique.

L'*invagination aiguë* peut être confondue avec l'*étranglement interne*, la *typhlite*, dont elle se distingue par les selles muco-sanguinolentes, avec la *dysenterie* qui ne s'accompagne pas de tumeur. Dans l'*invagination subaiguë* ou *chronique* le tableau

rappelle celui de la *dysenterie*, de l'*entéro-colite muqueuse*, de la *péritonite tuberculeuse*, si on sent la tumeur.

Dans les invaginations avec issue du boudin à travers l'anus, le diagnostic doit être fait avec le *prolapsus rectal*.

6° Traitement. — Le traitement est médical et chirurgical :

a. *Traitement médical.* — Il comprend l'emploi de l'opium, du massage, des injections rectales :

1° L'*opium* calme la douleur, immobilise l'intestin, arrête par là même les progrès de l'invagination et sert de prélude aux moyens mécaniques, qui tous agissent en sens inverse des contractions péristaltiques;

2° Le *massage* consiste à saisir la tumeur, à l'immobiliser, à essayer de la réduire par des effleurages et des pressions pratiquées en sens inverse de l'invagination. Il faut procéder doucement, comme dans une hernie étranglée. Maiss de Brieg, Harder[1] ont cité trois cas de guérison par cette méthode. Le massage est souvent combiné aux procédés suivants ;

3° Les *injections rectales* sont pratiquées au moyen de gaz, de liquides, ou sous forme de lavements électriques.

Dans les *injections gazeuses*, on injecte lentement de l'air ou de l'hydrogène (Senn) avec un soufflet ou des appareils qui permettent de graduer la pression. On s'est servi aussi de liquides effervescents, eau de seltz, potion de Rivière (Williams).

Les *injections liquides* se font avec de l'eau salée (Forest), glacée (Monti), tiède (Widerhofer), au moyen d'une seringue ou d'un bock tenu à une certaine hauteur. L'injection est poussée lentement. Sa quantité a beaucoup varié. Herz introduisait 3 à 5 litres. Jalaguier conseille avec Wigin de ne pas dépasser un mètre de pression et 3/4 de litre comme quantité.

Dans l'administration des *lavements électriques*, on a employé le faradisme et le galvanisme. Boudet de Paris recommande de remplir le rectum d'eau salée mise en communication par un mandrin recouvert d'une sonde isolante avec le

[1] Harder, *Rev. des mal. de l'Enfance*, 1894.

pôle positif, le pôle négatif de la pile étant placé sur l'abdomen. Barthez et Sanné rapportent quatre cas de guérison par ce procédé.

Le traitement médical ne peut être employé que dans les premières heures qui suivent l'invagination.

Les manœuvres qu'il comporte doivent être faites sous-anesthésie, le patient étant inversé, c'est-à-dire placé de façon que l'abdomen ait une position élevée par rapport aux épaules et à la tête. Elle sont pratiquées sans brusquerie, sans violence. On a signalé, à leur sujet, des déchirures de l'intestin, des succès apparents avec persistance des phénomènes. Le traitement médical est impuissant contre les invaginations élevées et contre celles qui présentent des adhérences. Si on ne réussit pas rapidement, il fait perdre un temps précieux, car la gangrène du boudin est parfois rapide, trente heures (Broca). S'il n'y a pas amélioration rapide, mieux vaut recourir d'emblée à l'intervention chirurgicale.

b. *Traitement chirurgical.* — Le traitement chirurgical comprend la laparotomie suivie de la *désinvagination*, si le boudin est en bon état et réductible; de la *résection* du *boudin*, s'il est irréductible ou déjà gangrené ou menacé de gangrène. Si la gaine est suspecte on opère la résection totale de l'invagination

Lockwood et Carver font une entérorrhaphie circulaire pour rétablir la continuité de l'intestin.

Senn, après la résection, ferme l'extrémité de chaque intestin et établit une anastomose iléo-colique ou iléo-rectale.

Enfin on a parfois établi un anus contre nature dans lequel viennent s'aboucher les deux bouts de la section intestinale après résection de l'invagination.

La mortalité par intervention chirurgicale est de 80 p. 100 (Aldibert)[1]. Wigin a noté une mortalité de 84 p. 100 avant 1889, et de 22 p. 100 depuis, à condition que l'intervention soit précoce. Jalaguier a réuni depuis Wigin cinq succès opératoires sur des enfants de moins d'un an. Le succès, dépend, en effet, de

[1] Aldibert, *Rev. des mal. de l'Enfance*, 1892.

l'asepsie parfaite de l'intervention, de sa précocité (elle doit être faite sans retard), de sa rapidité, les opérations longues produisant le shok.

ARTICLE VI

TUBERCULOSE GASTRO-INTESTINALE
ET DES GANGLIONS MÉSENTÉRIQUES

Nous réunissons dans une description commune la tuberculose gastro-intestinale et celle des ganglions mésentériques, en faisant remarquer que les adénopathies caséeuses du mésentère peuvent être associées à des lésions minimes de l'intestin, de façon à constituer une forme presque indépendante de la tuberculose abdominale.

1° Anatomie pathologique. — On retrouve dans le tube digestif les trois formes de tuberculose que nous avons signalées à propos des voies respiratoires : la forme granulique, la forme ulcéreuse et la forme ganglionnaire.

a. *Forme granulique.* — La forme granulique est caractérisée par la dissémination de granulations grises dans les méninges, les poumons, la rate, le foie, les reins, plus rarement sur la muqueuse digestive.

b. *Forme ulcéreuse.* — La forme ulcéreuse rappelle la phtisie commune des poumons; elle se traduit par les ulcérations classiques situées dans la région de l'intestin qui correspond au bord opposé du mésentère; ces ulcérations sont à direction transversale, à bords décollés, à fond grisâtre semé de granulations ou de tubercules crus; elles s'associent à une lymphangite sous-séreuse qui dessine de minces cordons, blanchâtres, à la surface péritonéale, et à une adénopathie mésentérique. Ces ulcérations sont rares dans l'estomac, la partie supérieure de l'intestin, elles se montrent surtout dans les derniers segments de l'iléon. Les ulcérations sont précédées de l'apparition de tubercules qui se ramollissent et occupent tantôt les follicules lymphatiques, tantôt la muqueuse.

c. *Forme ganglionnaire.* — Dans la forme ganglionnaire pure, analogue à l'adénopathie trachéo-bronchique, les ganglions mésentériques semés ou infiltrés de granulations se transforment ultérieurement en une masse blanc jaunâtre, caséeuse, homogène, opaque, qui arrive à s'infiltrer de sels calcaires. Les lésions intestinales sont peu marquées ou même font défaut.

2° Étiologie. — La forme granulique est due à une infection aiguë du sang déterminée par l'absorption de bacilles virulents au niveau d'un vieux foyer (ganglions trachéo-bronchiques, tuberculose osseuse), etc. Elle est rare chez le nourrisson, se montre surtout à l'âge de la méningite ou de la granulie à forme typhoïde.

La tuberculose ulcéreuse est due parfois à une auto-infection provenant de la déglutition de crachats contenant des bacilles de Koch. Elle est dans quelques cas consécutive à la phtisie pulmonaire et ne se montre guère que dans la seconde enfance. Souvent c'est un lait provenant d'une vache tuberculeuse, avec mammite spécifique, qui produit l'inoculation de l'intestin (voir à ce sujet la tuberculose en général). Dans ces cas, pour que la tuberculose se greffe sur l'intestin, il faut des conditions locales favorisantes : constipation, lésions antérieures de l'intestin. C'est l'analogue de ce qui se passe dans le poumon qui ne manifeste sa réceptivité qu'à la suite d'une rougeole ou d'une coqueluche. Koch prétend que la tuberculose bovine, distincte de la tuberculose humaine, ne peut conférer cette dernière. Cette opinion a été rejetée par la plupart des expérimentateurs; d'où la nécessité de ne donner que du lait bouilli. La crème, le beurre, le fromage, peuvent être les véhicules du contage.

La femme tuberculeuse ne doit pas nourrir, bien que l'action contagionnante de son lait ne soit pas démontrée. Plus redoutable est l'infection produite par une lésion tuberculeuse buccale de la nourrice (Demme).

Lorsque l'apport des germes tuberculeux ne se fait pas d'une façon continue ou en trop grande abondance, les bacilles sont absorbés par les lymphatiques et s'arrêtent dans les ganglions mésentériques (Weigert, Cornet). Nous avons vu un phénomène

semblable se produire au niveau des bronches. La tuberculose ganglionnaire se montre aussi bien chez le nourrisson que chez l'enfant sevré, elle est toutefois plus rare chez le premier.

3° Symptômes. — Nous les étudierons dans les trois formes anatomiques que nous venons d'établir.

a. *Tuberculose granulique.* — La tuberculose granulique n'a pas de symptômes propres, elle fait partie du syndrome granulique ou méningitique.

b. *Tuberculose ulcéreuse.* — La tuberculose ulcéreuse survient chez un phtisique ou constitue la première localisation de la tuberculose. Secondaire, elle ajoute aux symptômes de la phtisie quelques troubles digestifs, diarrhée mêlée de pus, parfois striée de sang, coliques, intolérance des médicaments, amaigrissement plus rapide.

Primitive, elle est compatible avec un état général meilleur. C'est toujours d'une diarrhée qu'il s'agit, plus ou moins intense et durable suivant le nombre et l'étendue des ulcérations. Les selles renferment des bacilles de Koch appréciables à l'examen. Cette forme peut guérir, bien qu'elle aboutisse souvent à des complications : poussées de gastro-entérite, dégénérescence graisseuse du foie, granulie.

c. *Tuberculose ganglionnaire.* — La forme ganglionnaire est souvent latente. Les voies lymphatiques ne sont pas oblitérées (Cruveilhier) et les bacilles restent souvent murés dans la coque fibreuse périganglionnaire. Aussi la nutrition n'est-elle pas touchée et n'y a-t-il de signes ni d'infection ni d'intoxication. Il va de soi que les ganglions du mésentère aussi bien que ceux des bronches peuvent, à un moment donné, provoquer l'explosion d'une granulie.

Les troubles fonctionnels sont beaucoup moins marqués que dans l'adénopathie trachéo-bronchique, car les ganglions mésentériques disposant de larges espaces et contigus à des organes mobiles, n'ont aucune tendance à comprimer les tissus voisins. Parfois cependant le ramollissement des ganglions peut donner lieu à des communications avec l'intestin ou avec le péritoine.

Les signes physiques sont également très effacés. A moins que la masse des ganglions n'atteigne un grand volume, on la sent difficilement à travers la paroi abdominale. On arrive quelquefois à la reconnaître par le toucher rectal.

L'adénopathie mésentérique, décrite autrefois sous le nom de *carreau*, était très largement dotée au point de vue symptomatique, car on rapportait à cette affection, la tuberculose ulcéreuse de l'intestin, la péritonite tuberculeuse, le gros ventre des dyspeptiques rachitiques.

4° **Diagnostic.** — Le signe certain dans la tuberculose ulcéreuse est la constatation des bacilles de Koch dans les selles. Dans sa forme primitive, elle se confond souvent avec la *colite ulcéreuse du nourrisson.*

La localisation de la tuberculose au niveau de l'appendice crée une variété de cette affection, l'*appendicite spécifique* qui est associée souvent à de la péritonite localisée de même nature, et susceptible de débuter d'une façon aiguë comme une appendicite simple.

La tuberculose des ganglions mésentériques doit être distinguée de la *péritonite tuberculeuse,* dont les indurations sont plus superficielles, plus étalées, et qui s'accompagne d'ailleurs d'autres phénomènes caractéristiques. Toutes les tumeurs abdominales, *sarcomes du rein, tumeurs stercorales,* etc., s'en différencient très aisément.

5° **Pronostic.** — Le pronostic est fatal, dans la forme granulique, très grave dans la forme ulcéreuse secondaire à la tuberculose pulmonaire; grave, mais susceptible d'amélioration dans la forme primitive. Le pronostic, tout en étant relativement moins sérieux dans l'adénopathie mésentérique, doit toujours être réservé, en raison de la généralisation possible de l'infection.

6° **Traitement.** — C'est celui de la tuberculose en général, aussi bien au point de vue prophylactique qu'au point de vue thérapeutique proprement dit : toniques généraux, séjour au bord de la mer, à la montagne, médication iodo-tannique, arsenicale, phosphatée, huile de foie de morue, s'il n'y a pas de diarrhée.

Si celle-ci existe, on aura recours au sous-nitrate de bismuth, au tannigène, à la poudre de talc à dose massive suivant la méthode de Debove. L'alimentation comprendra l'usage de viande crue, de blancs d'œuf, de riz ou de crème de riz.

On insistera sur la révulsion sous forme de badigeonnages iodés sur l'abdomen, de pointes de feu, de vésicatoires volants.

ARTICLE VII

VERS INTESTINAUX

On a rencontré chez les enfants les différents helminthes observés chez l'adulte : *tænia solium, médiocannellata, bothriocéphale, le tænia nana, l'ankylostome duodénal.* Nous n'en ferons pas l'étude, car ils produisent aux différents âges des symptômes analogues, sauf en ce qui concerne certains effets réflexes que nous retrouverons à propos des ascarides lombricoïdes. Le traitement est le même, il suffit de réduire la dose des médicaments. Les seuls parasites qui nous paraissent mériter une mention spéciale sont les ascarides lombricoïdes et les oxyures vermiculaires.

§ 1. — Ascaride lombricoide

1° **Histoire naturelle.** — Désigné sous le nom de *lombric, d'ascaris lombricoïde,* c'est un ver cylindrique, effilé aux extrémités : la femelle est longue de 20 à 30 centimètres, à extrémité caudale droite, la vulve est ventrale, dans la région antérieure du corps. Le mâle a 15 à 20 centimètres de long; son extrémité caudale est recourbée, garnie de deux spicules rigides. Tous deux sont striés, ont une bouche entourée de trois valves chitineuses. Il y a 3 à 4 fois plus de femelles que de mâles.

La femelle pond des œufs ronds, larges de 50 à 60 μ, granulés dans leur intérieur, munis d'une coque double et solide. Ils