Traitement local. — Le traitement local des scrofulides cutanées sera indiqué à propos des maladies de la peau.

Les injections astringentes (sulfate de zinc au 1/250) sont indiquées dans le *catarrhe scrofuleux* de l'oreille, du nez, de la vulve et du vagin ; la pommade au précipité jaune (bioxyde de mercure hydraté à 1/60 ou 1/100), les collyres astringents, les attouchements au crayon mitigé (sulfate de potasse et nitrate d'argent) ou au sulfate de cuivre, trouveront leur indication dans l'*ophtalmie scrofuleuse* ; on réservera l'atropine pour les cas où la cornée ou l'iris sont malades. Le chlorhydrate de morphine a été employé à l'intérieur avec succès contre la photophobie, qui complique la kératite scrofuleuse.

Les *engorgements ganglionnaires* du cou, qui sont le plus souvent des adénites tuberculeuses, cèdent en général rapidement au traitement marin, tant qu'ils n'ont pas suppuré. On les traitera localement par des applications de pommades résolutives à l'iodure de potassium ou à l'iodoforme auxquels on pourra associer l'extrait de belladone ou l'extrait de ciguë ; on se sert également des badigeonnages à la teinture d'iode. Kapesser (1) recommande les frictions au savon noir de potasse, faites tous les jours pendant quelques minutes, soit au voisinage des ganglions tuméfiés, soit sur tout le corps ; le savon est enlevé par un lavage à l'eau chaude au bout d'un quart d'heure. Ce traitement, qui paraît avoir donné un bon résultat dans un certain nombre de cas (2), a été appliqué également par quelques médecins au traitement des tumeurs blanches au début.

Les ganglions tuméfiés, qui résistent au traitement médical et prennent une extension considérable sans suppurer (*forme pseudo-leucémique*), seront extirpés chirurgicalement, avec toutes les précautions d'une rigoureuse antisepsie.

Si la suppuration n'a pu être évitée, il ne faut pas se presser d'inciser l'abcès tant que la peau ne rougit pas, car on peut voir parfois son contenu se résorber. Mais, s'il grandit ou menace de s'ouvrir spontanément, il faut intervenir. L'incision, surtout au cou ou au visage, ne doit pas être large ; il suffit qu'elle permette le passage d'une petite curette pour racler les fongosités ; on saupoudrera ensuite l'intérieur de la poche de poudre d'iodoforme. Quand la cavité est considérable, il est préférable de la tamponner avec la gaze iodoformée. Le tout sera recouvert d'un pansement à la ouate salicylée, et les pansements ne seront pas renouvelés trop souvent.

Les *abcès froids* et les *abcès par congestion* seront traités par les injections d'éther iodoformé. S'ils menacent de s'ouvrir spontanément, on les incisera largement, on raclera et on cautérisera l'intérieur du foyer, puis on pansera aseptiquement.

Les *ulcères scrofuleux* seront pansés avec le vin aromatique,

(1) Kapesser, *Berl. klin. Woch.*, 1878, n° 6.
(2) Voir Gisler, *Thèse de Bâle*, 1897.

l'iodoforme ou les bandelettes de diachylon suivant leur siège, leur étendue et leur vitalité.

Pour les *fistules* ganglionnaires, cellulaires ou osseuses (carie, nécrose), on se bornera habituellement à faire, tous les deux jours, une injection de liqueur de Villate (1) ; dans le cas de fongosités du trajet fistuleux ou de l'os, on cherchera à se faire du jour par une incision, et l'on ruginera toutes les parties fongueuses qu'on pourra atteindre avec la curette de Bruns. S'il y a un séquestre, on l'extraira par la nécrotomie.

Nous renvoyons, pour le traitement local des tumeurs blanches, du mal vertébral de Pott et du mal cervical, aux traités de chirurgie.

CHAPITRE XXVII

TUBERCULOSE.

La doctrine de la spécificité de la tuberculose (2), qui était celle de Laënnec, a reçu la sanction de l'expérimentation par les beaux travaux de Villemin (1867) et de Chauveau (1869-1872), et a été confirmée d'une façon éclatante par la découverte du bacille tuberculeux par Koch en 1882.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE et PATHOGÉNIE. — Il n'existe entre l'enfance et l'âge adulte aucune différence dans les caractères et la nature des lésions élémentaires de la tuberculose, mais la localisation et la généralisation de ces lésions offrent, chez l'enfant, des particularités remarquables, dont on doit la description à Rilliet et Barthez.

1. *Le poumon, tout en étant le siège de prédilection des tubercules, peut en être dépourvu pendant que d'autres organes en contiennent.* Cette exception à la loi de Louis est à peu près spéciale à l'enfance.

Papavoine avait déjà noté que, sur 50 enfants tuberculeux, les poumons étaient sains 12 fois. Rilliet et Barthez, sur 312 cas, ont trouvé 47 fois, après un examen minutieux, les poumons exempts de tubercules.

2. *La tuberculisation est plus généralisée chez l'enfant que chez l'adulte.*

(1) La liqueur de Villate a la composition suivante :

Sous-acétate de plomb liquide	12,0
Sulfate de zinc	6,0
Vinaigre blanc	80,0

(2) Voir pour l'historique et la bactériologie de la tuberculose : Straus, *La tuberculose et son bacille*. Paris, 1895.

Il est exceptionnel de la voir bornée à un seul organe ; elle en occupe, dans la règle, plusieurs à la fois. « Ainsi, disent Rilliet et Barthez, la phtisie du poumon coïncide souvent avec celle des ganglions bronchiques et aussi souvent avec celle des intestins. La phtisie mésentérique coïncide, dans la moitié des cas, avec une phtisie intestinale. »

3. *Certaines localisations sont beaucoup plus fréquentes dans l'enfance que plus tard* ; telles sont la tuberculisation des ganglions bronchiques et mésentériques, celle de l'encéphale et des méninges, celle des reins, de la rate et du foie. D'autres localisations, au contraire, qui se voient chez l'adulte, sont très rares chez l'enfant ; telle est la tuberculisation du larynx, de la bouche, des organes génitaux, etc.

Il est important d'étudier quelles sont, chez les enfants, les portes d'entrée du bacille tuberculeux et les conditions pathogéniques de ses diverses localisations.

Portes d'entrée du bacille. — Ces portes sont au nombre de trois : la voie pulmonaire, la voie du tube digestif, la voie externe.

Voie pulmonaire. — La tuberculose infantile est presque toujours acquise par *inhalation*. Les ganglions bronchiques et les poumons sont, dans l'immense majorité des cas, la porte d'entrée du bacille tuberculeux, comme Koch l'avait déjà signalé et comme cela ressort à l'évidence d'un grand nombre de statistiques. Ainsi Steiner et Neureutter (1), sur 302 autopsies d'enfants de tout âge, ont constaté, dans 286 cas, une tuberculose des ganglions bronchiques. O. Müller (2), sur 500 autopsies d'enfants a trouvé la même lésion dans 103 cas. La statistique de Frœbelius (3), qui porte exclusivement sur des enfants de la première année, est encore plus significative ; sur 416 autopsies d'enfants tuberculeux, les poumons étaient atteints dans tous les cas et les ganglions bronchiques dans presque tous les cas (99,2 p. 100), tandis que l'intestin ne l'était que dans 26,9 pour 100 et les ganglions mésentériques dans 16,1 pour 100. Parmi les organes atteints secondairement, le foie était tuberculeux dans 88 pour 100 et la rate dans 86,5 pour 100 des cas.

La tuberculose des ganglions bronchiques prédomine chez l'enfant d'une façon toute spéciale et est même regardée par beaucoup d'auteurs comme primitive, c'est-à-dire indépendante d'une lésion pulmonaire. En rapprochant le fait de la constance des lésions pulmonaires dans la première année du résultat des recherches minutieuses d'Hutinel et de Küss (4), qui ont démontré dans presque tous les cas de tuberculose des ganglions bronchiques l'existence d'un foyer pulmonaire correspondant aux ganglions malades, il faut admettre

(1) Steiner et Neureutter, *Prag. Viertelj.*, 1865, t. II, p. 34.
(2) O. Müller, *Münch. med. Woch.*, 1889, p. 875 et 899.
(3) Frœbelius, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1886, t. XXIV, p. 47.
(4) Küss, *Thèse de Paris*, 1898, p. 262.

que, chez l'enfant, comme Parrot l'avait déjà indiqué, la lésion primitive pulmonaire a toujours existé, mais peut être insignifiante et guérir plus souvent que chez l'adulte.

Voie intestinale. — La contagion tuberculeuse par *ingestion* est beaucoup moins fréquente que la contagion par inhalation. Un certain nombre de cas de tuberculose abdominale (péritoine, ganglions mésentériques, intestin) chez l'enfant, peuvent être secondaires, comme chez l'adulte, à la déglutition de crachats bacillifères. Néanmoins, dans le jeune âge, la tuberculose abdominale est souvent primitive ; la péritonite tuberculeuse en est alors la seule ou la principale localisation.

On connaît, chez l'enfant, une dizaine d'observations où l'autopsie a fait constater une tuberculose limitée aux ganglions mésentériques ; tantôt la lésion initiale de l'intestin existait encore sous la forme d'un ulcère tuberculeux ou de granulations grises dans l'épaisseur de la muqueuse ; tantôt elle s'était cicatrisée ou avait disparu ; nous citerons, en particulier, l'observation d'O. Wyss (1), relative à un enfant de six ans, et celle de Kossel (2), concernant un enfant de huit mois.

Voie externe. — La voie externe de l'infection tuberculeuse est exceptionnelle ; néanmoins, il est probable qu'elle joue un rôle plus étendu qu'on ne le croyait jadis dans l'origine des tuberculoses ganglionnaires externes.

Nous avons déjà indiqué plus haut que les eczémas de la peau et les catarrhes scrofuleux des muqueuses (nez, oreille moyenne, pharynx, vulve) peuvent être le point de départ d'adénites tuberculeuses ; l'invasion tuberculeuse, probable par cette voie, s'arrête souvent en route, et c'est ainsi qu'on peut expliquer la bénignité relative de la tuberculose externe par rapport à la tuberculose interne. Mais il n'est pas impossible que l'obstacle des ganglions soit franchi, comme on l'a vu dans les expériences d'inoculation bacillaire sous la peau du lapin, et que l'infection de l'économie provienne parfois du tégument externe, si vulnérable chez l'enfant.

Peau et tissu cellulaire. — La pénétration du bacille par une plaie est démontrée par quelques observations d'inoculation tuberculeuse dans le tissu cellulaire du prépuce, pendant la circoncision, qui ont la précision d'expériences de laboratoire. Le procédé primitif d'hémostase par succion de la plaie, pratiqué par un rabbin phtisique, a donné lieu à une ulcération tuberculeuse du prépuce, suivie dans plusieurs cas de mort par granulie ou par affection tuberculeuse chronique des viscères ou des os. L'examen microscopique a révélé, en pareil cas, la présence des bacilles dans l'ulcération préputiale (3) (Weichselbaum).

(1) O. Wyss, *Correspondenzblatt für Schweizer Aertzte*, 1893, p. 745.
(2) Kossel, *Zeitschr. für Hyg.*, 1896, t. XXI, p. 59.
(3) Lindmann, 2 cas, *Deutsche med. Woch.*, 1883, n° 30. — Lehmann, 10 cas,

Une observation d'ulcération tuberculeuse de la *muqueuse vulvaire*, publiée par Demme (1), nous paraît devoir être considérée également comme un exemple de contagion externe. En effet, une petite fille de six mois était nourrie par sa mère, phtisique, dont les crachats étaient bacillifères et dont elle partageait le lit. La maladie commença par une leucorrhée qui résista à tous les traitements et s'accompagna bientôt d'une ulcération fongueuse de l'entrée du vagin, dans laquelle on constata la présence de bacilles tuberculeux. Les ganglions inguinaux correspondants s'engorgèrent. L'enfant succomba, dans le courant du seizième mois, à une méningite tuberculeuse; on ne trouva, à l'autopsie, aucune lésion tuberculeuse des organes abdominaux et thoraciques.

Un cas tout aussi probant d'inoculation tuberculeuse dans le tissu cellulaire a été observé par Deneke (2), chez un enfant de quatre mois, dont la mère était phtisique. Il se blessa à la tête en tombant sur le vase qui contenait les crachats de sa mère. Malgré un pansement au sublimé et au collodion iodoformé, il se développa sur la cicatrice un ulcère fongueux, qui fut suivi de la fonte purulente des ganglions de la nuque et du cou; le pus contenait de nombreux bacilles de Koch. L'enfant succomba à une tuberculose généralisée au bout de cinq mois, malgré l'extirpation des ganglions du cou.

Le lupus, qui est une tuberculose locale de la peau, commence dans la majorité des cas avant l'âge de quinze ans. L'inoculation directe a pu être prouvée dans un certain nombre de cas; ainsi Sachs relate l'observation d'une jeune fille chez laquelle un lupus se développa sur le trajet de la piqûre d'une boucle d'oreilles. Bloch rapporte le fait d'un enfant qui, blessé au lobule de l'oreille par les ciseaux d'un coiffeur, vit se développer un lupus sur la cicatrice.

Conjonctive. — Haltentoff (de Genève) nous a communiqué un cas intéressant de tuberculose primitive de la conjonctive avec adénite préauriculaire, puis cervicale et sous-maxillaire, chez une petite fille de trois ans et demi qui était en rapports constants avec une personne atteinte de phtisie pulmonaire avancée avec expectoration abondante. L'ulcère guérit à la suite d'un traitement par le curetage, la galvanocaustique et l'iodoforme; trois ans après, la guérison locale s'était maintenue, mais les ganglions engorgés s'étaient transformés en écrouelles persistantes, et la santé générale de l'enfant paraissait compromise.

Muqueuse bucco-pharyngienne. — Les expériences sur les animaux ont démontré que, sous l'influence d'une nourriture renfermant

Ibid., 1886, nos 9-13. — Hofmokl, Quelques cas, *Wien. med. Presse*, 1886, nos 22 et 23. — Elsenberg, 4 cas, *Berl. klin. Woch.*, 1886, no 35. — W. Meyer, 1 cas, *New York méd. Presse*, 1887, t. IV, p. 1.

(1) Demme, *24ter Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals.* Berne, 1887, p. 26.

(2) Deneke, *Deutsche med. Woch.*, 1890, p. 601.

des produits tuberculeux, il peut apparaître des granulations ou des ulcérations tuberculeuses au pharynx et des engorgements ganglionnaires du cou. Chez l'enfant, les lésions bucco-pharyngées tuberculeuses peuvent se produire secondairement à des lésions pulmonaires ouvertes; les lésions primitives sont exceptionnelles. Kossel (1) a observé, chez un enfant de six mois, une ulcération tuberculeuse primitive du voile du palais qui simulait une angine diphtérique et qui fut suivie, quelque temps après, d'une broncho-pneumonie tuberculeuse mortelle. Marfan (2) a publié également un cas de tuberculose primitive buccale chez une fillette de seize mois, qui se manifesta sous la forme d'ulcérations gingivales, avec adénite tuberculeuse suppurée du cou. L'enfant succomba à une tuberculose localisée principalement dans l'intestin et les ganglions mésentériques. Il est probable qu'ici la déglutition des bacilles provenant des ulcères gingivaux a été le facteur principal de l'infection abdominale.

Dieulafoy (3) a insisté sur la fréquence de la tuberculose latente des amygdales hypertrophiées, et il n'y a aucun doute que les végétations adénoïdes du pharynx ne contiennent parfois, chez des enfants en apparence sains, des bacilles tuberculeux [Lermoyez (4), Suchannek (5)], qui ne peuvent y avoir pénétré que par la muqueuse. C'est au moins la seule interprétation possible dans une autopsie de Suchannek, qui a trouvé des végétations adénoïdes tuberculeuses chez une enfant de trois ans et demi, morte par accident et ne présentant pas de tuberculose ailleurs. Il est probable que cette tuberculose latente représente la porte d'entrée du bacille dans un certain nombre de cas d'adénite tuberculeuse primitive du cou.

Dents. — Les adénites tuberculeuses sous-maxillaires chez l'enfant ont souvent pour point de départ une *carie dentaire*; il est donc probable que le bacille tuberculeux peut pénétrer par l'alvéole cariée. Stark (6) a constaté que, sur 113 enfants porteurs d'adénite cervicale, 41 pour 100 avaient les dents cariées, et que le siège des ganglions atteints correspondait à celui des dents malades. Si dans beaucoup de cas on n'a pas trouvé le bacille de Koch dans celles-ci, il l'attribue à ce que ce bacille se détruit dans le contenu putréfié de l'alvéole, mais dans deux cas le résultat de l'examen a été positif. Ces adénites tuberculeuses nécessitent l'avulsion de la dent et l'extirpation du ganglion malade.

Oreille moyenne. — La tuberculose de la caisse du tympan, avec otorrhée et carie du rocher, est fréquente chez l'enfant. Elle peut

(1) Kossel, *loc. cit.*, observation no 16.
(2) Marfan, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1896, p. 273.
(3) Dieulafoy, *Bull. de l'Acad. de méd.*, avril 1895.
(4) Lermoyez, *Presse méd.*, 26 oct. 1895.
(5) Suchannek, *Ziegler's Beitr. zür Path. anat.*, 1888, t. III, p. 31.
(6) Voir : *Journ. des méd. prat.*, 1896, p. 832.

être secondaire ou primitive, et dans ce dernier cas, les bacilles pénètrent probablement par la trompe d'Eustache; on connaît en effet la fréquence de la présence du bacille de Koch dans les fosses nasales, même chez des sujets sains qui ont été exposés à inhaler des poussières tuberculeuses. L'otite tuberculeuse est souvent le point de départ de l'infection bacillaire des méninges et explique cette infection dans beaucoup de cas où l'autopsie n'a permis de constater aucune autre porte d'entrée.

Généralisation et extension de la tuberculose. — La propagation de la tuberculose peut se faire dans l'économie de proche en proche, *par contiguïté*. C'est ainsi que la péritonite tuberculeuse complique souvent la tuberculose entéro-mésentérique, que la tuberculose des ganglions du hile peut s'étendre aux lobes inférieurs du poumon, qui présentent souvent de vastes infiltrations, que la tuberculose des ganglions externes peut être le point de départ d'un abcès péri-adénique. Dans le poumon, l'extension peut se faire aussi directement par *aspiration bronchique*, quand un ganglion tuberculeux abcédé s'ouvre dans la trachée ou dans les bronches. L'accès de suffocation qui accompagne, en général, l'ouverture de l'abcès, facilite l'aspiration dans les dernières ramifications bronchiques, et, quand il ne tue pas par asphyxie, il peut être suivi, à courte échéance, d'une généralisation tuberculeuse dans les lobes inférieurs du poumon.

La généralisation à l'économie peut se produire *par la voie lymphatique*, à petites doses par les chaînes ganglionnaires ou à grandes doses par les lymphatiques qui, du péritoine, conduisent la lymphe dans le canal thoracique sans traverser de ganglions.

Elle peut enfin avoir lieu, comme l'a démontré Weigert, *par les veines* envahies par les bacilles tuberculeux. Ce dernier mode est très important à connaître dans la pratique; la chirurgie doit en tenir compte depuis qu'on a publié des cas de granulie généralisée ou localisée principalement aux méninges, succédant à des opérations sanglantes faites soit sur des tissus atteints de lupus (Demme), soit sur des foyers tuberculeux des os ou des articulations (Verneuil, Demars, Kœnig). Il n'est pas rare, non plus, de voir, après une opération (évidement, curetage, résection), surgir de nouvelles localisations tuberculeuses chroniques ou des manifestations anciennes prendre une marche rapide (1). Il en résulte qu'il faut, en général, devenir plus conservateur en chirurgie quand il s'agit d'affections tuberculeuses et que, lorsque l'opération s'impose, il faut désinfecter ou cautériser avec le plus grand soin le foyer tuberculeux.

Prédisposition locale. — S'il est vrai que la localisation dépend souvent de la porte d'entrée du bacille, il est vrai aussi que la localisation est régie par des prédispositions locales qui dépendent de l'âge.

(1) Consulter : Wartmann, *Thèse de Berne*, 1888. — Eichenberger, *Thèse de Bâle*, 1887.

On peut établir, chez l'enfant, cette loi qu'un organe est d'autant plus fréquemment le siège de la tuberculose qu'il est dans une plus grande activité physiologique, représentée par la *vascularisation*. La tuberculose du larynx ne devient fréquente qu'après la mue de la voix, c'est-à-dire après la puberté. Par contre, les organes hématopoiétiques, qui jouent un rôle important dans le développement de l'enfant, la moelle des os, les ganglions lymphatiques, la rate et le foie, sont beaucoup plus souvent atteints par la tuberculose chez lui que chez l'adulte. Le cerveau et les méninges sont atteints principalement à l'âge du développement de l'intelligence.

Faut-il chercher la cause de la localisation dans le ralentissement de la circulation occasionné par la congestion physiologique de l'organe, qui permet au bacille de s'y fixer, ou dans l'équilibre instable d'un tissu jeune en formation? C'est ce que l'on ne peut trancher actuellement.

Les mêmes considérations s'appliquent au rôle que jouent les causes occasionnelles ou pathologiques dans la détermination du siège de l'affection tuberculeuse. Pour les articulations, par exemple, ce sera une contusion ou une entorse; pour les méninges, ce seront un coup de soleil, une chute sur la tête, des travaux intellectuels exagérés, qui détermineront la localisation de la maladie chez un enfant scrofuleux ou prédisposé à la tuberculose.

ÉTIOLOGIE. — **Causes prédisposantes.** — Age. — Les auteurs s'accordent à dire que la tuberculose est rare dans le premier âge. Ainsi Hervieux, sur 996 enfants morts à l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris, n'a trouvé à l'autopsie que 10 tuberculeux âgés de moins d'un an (1 pour 100); Frœbelius indique, pour 16 581 autopsies d'enfants de un à quatre mois, faites pendant une période de dix ans, à la crèche de Saint-Pétersbourg, 416 tuberculeux (0,4 pour 100). Par contre, Schwer a trouvé sur 690 enfants de moins d'un an, 44 tuberculeux (6,3 pour 100), qui se répartissent comme suit :

263	enfants	de 1 jour à 4 semaines.	0	tuberculeux.	0 pour 100
123	—	de 5 à 9 semaines.....	1	—	0,8 —
144	—	de 9 semaines à 5 mois.	15	—	10,4 —
160	—	de 6 mois à 1 an.....	28	—	17,5 —

Les statistiques d'autopsie publiées depuis lors (O. Müller, Boltz, Hutinel, Kossel) et réunies par Küss (1) confirment le fait de la grande rareté de la tuberculose dans les trois premiers mois de la vie (0,9 pour 100), et l'augmentation de fréquence de la tuberculose infantile avec l'âge (première année 5 pour 100, deuxième année 24 pour 100, troisième année 40 pour. 100, des autopsies). Le même

(1) Küss, *Thèse de Paris*, 1898, p. 201.

fait ressort de l'importante statistique du Siedamgrotzky (1) sur la tuberculose bovine du royaume de Saxe.

Veaux de 0 à 6 semaines	0,006	pour 100
— 6 semaines à 1 an	0,03	—
— 1 à 3 ans	7,0	—
— 3 à 6 ans	9,3	—
— au-dessus de 6 ans	16,0	—

Toutes ces statistiques viennent à l'appui de l'idée que la tuberculose infantile n'est pas congénitale. Si, comme le dit Straus, la tuberculose remontait à une infection fœtale, la proportion des tuberculoses infantiles aux différents âges devrait être renversée.

Le maximum de fréquence serait de deux à dix ans (Lannelongue, Schwer). A partir de dix ans, le nombre des tuberculeux diminue, pour augmenter de nouveau à la puberté et atteindre son maximum entre trente et quarante ans.

D'après Marc D'Espine (2), le nombre des décès par tuberculose croît dans une forte proportion à partir d'un an et atteint son maximum pour la tuberculisation abdominale entre un et trois ans, pour la tuberculisation thoracique entre vingt et trente ans seulement.

Sexe. — Rilliet et Barthez, en tenant compte de l'âge de leurs malades, arrivent au résultat suivant : de un à deux ans et demi, les garçons se tuberculisent plus souvent que les filles, dans une assez forte proportion ; c'est le contraire de trois à cinq ans, mais ici la différence est peu importante. De six à dix ans et demi, les deux sexes sont également sujets à se tuberculiser, mais de onze à quinze ans, c'est-à-dire à l'approche et au moment de la puberté, les filles sont beaucoup plus fortement atteintes que les garçons.

Position sociale. — L'influence prédisposante de la misère et l'action préservatrice de l'aisance, par rapport à la tuberculose, sont très réelles, mais moins marquées que pour la scrofule. La tuberculisation encéphalique fait seule exception ; elle fait autant de victimes dans la classe aisée que dans la classe pauvre (Marc D'Espine).

Hérédité. — La transmission de la tuberculose par hérédité est fréquente. Quoiqu'il soit difficile d'arriver à un résultat très précis, on peut affirmer qu'au point de vue du terrain il y a moins de tuberculoses acquises dans l'enfance que dans l'âge adulte et plus de tuberculoses héréditaires.

La tuberculose est, comme l'a dit Pidoux (3), l'aboutissant commun de toutes les détériorations organiques. Aussi toutes les causes d'affaiblissement de la santé chez les parents, telles que scrofule, syphilis,

(1) Siedamgrotzky, *Bericht über das Veterinärwesen im König. Sachsen*, Dresde, 1889.
(2) M. D'Espine, *Essai de statistique mortuaire comparée*, 1858, p. 354.
(3) Pidoux, *C. R. de l'Acad. de méd.*, 3 déc. 1867.

alcoolisme, etc., peuvent favoriser l'éclosion de tubercules chez les enfants.

L'*hérédité directe* de la tuberculose (hérédo-tuberculose de Landouzy) est si rare qu'elle a été longtemps niée. Les médecins vétérinaires ont publié jusqu'à aujourd'hui environ 150 cas (1) de tuberculose fœtale chez le veau, chiffre infime en comparaison du nombre des autopsies pratiquées journellement. L'existence de la *tuberculose congénitale* chez l'homme est également démontrée, mais paraît encore plus rare que chez les bovidés, puisqu'on en connaît à peine aujourd'hui une dizaine de cas avec lésions tuberculeuses manifestes et douze cas de tuberculose fœtale, sans lésion apparente, démontrée seulement par la bactérioscopie et l'inoculation au cobaye (2).

Dans tous ces cas de transmission, la mère était atteinte de tuberculose, et il faut admettre que c'est par effraction de la barrière placentaire sous l'influence de causes inconnues que s'est faite la transmission du bacille. On ne connaît pas de cas de tuberculose congénitale chez l'homme par hérédité paternelle directe. D'ailleurs, les expériences négatives de Sanchez et Toledo (3) et de Vignal (4) sur la transmission de la tuberculose par le sperme bacillifère rendent la possibilité de cette infection très problématique.

Baumgarten a cherché à répondre à l'objection de la rareté de la tuberculose congénitale et de la tuberculose de la première année par l'hypothèse de la latence du germe déposé dans l'organisme de l'enfant par la mère, mais cette théorie a trouvé peu d'écho. La *tuberculose occulte* existe chez l'homme, mais c'est surtout dans les ganglions bronchiques où le bacille, ayant pénétré par inhalation, peut rester virulent sans infester l'organisme ; mais elle est extrêmement rare au-dessous de deux ans et a été trouvée surtout chez les enfants plus âgés et même chez l'adulte [Loomis (5), Pizzini (6), Briault et Frenckel (7)].

Causes occasionnelles. — Hygiéniques. — Outre les causes banales qui peuvent à tout âge déterminer la tuberculose, le sevrage prématuré, la masturbation, le séjour prolongé dans un hôpital (Rilliet

(1) Consulter sur ces questions la thèse de Küss, déjà citée.
(2) 8 cas de tuberculose congénitale avec lésions : Charrin, 1873 ; Merkel-Ollendorf, 1884 ; Jacobi, 1888 ; Rindfleisch, 1890 ; Lehmann, 1894 ; Schmorl et Kockel, 1894 ; Ausset, deux cas, 1896.
12 cas de tuberculose congénitale *sans lésions* apparentes : Landouzy et Martin, deux cas (*Revue de méd.*, 1883, p. 1014) ; Schmorl et Birch-Hirschfeld, 1891 ; Aviragnet, 1892 ; Londe et Thiercelin, 1893 ; Londe, 1893 ; Schmorl et Kockel, deux cas, 1894 ; Bas et Rénon, 1895 ; Jens Bugge, 1896 ; Henke, 1896. (Cette dernière série ne doit être acceptée qu'avec réserve, la tuberculisation spontanée des cobayes de laboratoire étant assez fréquente.)
(3) Sanchez et Toledo, *Arch. de méd. expér.*, juillet 1889.
(4) Vignal, in *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1891, p. 413.
(5) Loomis, *Med. Record*, 1890, p. 689.
(6) Pizzini, *Zeitschr. für klin. Med.*, 1892, p. 329.
(7) Briault, *Thèse de Lyon*, 1896.