démangeaison qui pousse l'enfant à se gratter et peut amener des habitudes de masturbation.

Dans quelques cas, les oxyures ont paru être la cause d'affections nerveuses sympathiques plus ou moins graves; on a attribué à leur présence, comme à celle du tænia et des ascarides, l'éclampsie, l'épilepsie, la chorée et des désordres intellectuels (Davaine). Souvent ils exercent une influence fâcheuse sur le caractère et la santé de l'enfant par l'irritation nerveuse répétée qu'ils provoquent.

Les oxyures déterminent très rarement des abcès; le seul exemple que nous en connaissions est celui de Frœlich (1), qui a observé chez un garçon de onze ans un abcès de la région interfessière d'où sortirent à l'incision un grand nombre d'oxyures; l'enfant souffrait depuis quelques mois de la présence de ces parasites dans le rectum, mais cet organe ne communiquait pas avec la cavité de l'abcès.

Les oxyures constituent souvent une affection très rebelle à la thérapeutique et qui récidive facilement.

TRAITEMENT. — Parmi les nombreux remèdes qui ont été proposés contre les oxyures, la santonine, le calomel, les purgatifs, sont surtout indiqués; on joindra à ces moyens des frictions faites au pourtour de l'anus avec une petite quantité d'*onguent mercuriel simple*, afin de détruire les parasites lorsqu'ils sortent au dehors. Lallemand (de Montpellier) conseillait les *eaux sulfureuses* naturelles, prises en boissons ou en lavements.

Les *lavements* avec l'eau froide, additionnée d'une cuiller à café de sucre ou de glycérine neutre, ont été également employés avec avantage; mais, pour être efficaces, ces lavements doivent être répétés chaque jour au moins pendant deux semaines, autrement les vers ne tardent pas à reparaître. Nous nous sommes bien trouvés des lavements d'huile de foie de morue. Monti recommande dans les cas rebelles de grands lavements d'un litre d'eau bouillie, additionnée de 5 grammes de savon médicinal. Unger remplace celui-ci par une cuillerée à soupe de la liqueur d'acétate d'alumine de la pharmacopée germanique.

Cobbold (2) estime que les remèdes échouent souvent parce qu'ils ne sont pas accompagnés d'un traitement hygiénique convenable et parce que les oxyures remontent quelquefois très haut dans le gros intestin, jusqu'au cæcum; cet auteur préconise les purgatifs salins répétés, suivis de grands lavements d'eau simple ou mélangée à une petite quantité d'éther chlorhydrique, de sulfate de fer, d'aloès ou d'asa fœtida; ces lavements seront continués pendant plusieurs jours.

Pendant le cours du traitement, il sera bon de prescrire les amers et de recommander des soins rigoureux de propreté; les ongles

(1) Frœlich, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1897, p. 497.
(2) Cobbold, *Brit. med. Journ.*, 1874, I, p. 167.

seront au réveil nettoyés à la brosse et avec un savon antiseptique pour empêcher les réinfections.

Il sera prudent aussi de faire coucher seuls les enfants atteints d'oxyure pour éviter toute chance de contagion.

CHAPITRE XXII

TUBERCULOSE DU TUBE DIGESTIF ET DES GANGLIONS MÉSENTÉRIQUES

La généralisation des lésions est un des caractères particuliers à la tuberculose de l'enfance, aussi est-il habituel de trouver des tubercules dans l'intestin, les ganglions mésentériques, le foie, la rate, etc., chez les enfants qui ont succombé à la phtisie pulmonaire.

Les ulcérations tuberculeuses de la *bouche* et du *pharynx* sont très rares dès le jeune âge. Mentionnons cependant deux cas de tuberculose bucco-pharyngée des enfants de quatre et six ans rapportés par Spillmann (1) et un cas d'ulcération buccale suivie de tuberculose des ganglions du cou et de l'intestin chez une petite fille de seize mois observé par Marfan et Apert (2).

ESTOMAC.

La tuberculose de l'estomac, qui est rare à tout âge, est cependant moins exceptionnelle chez les enfants que chez les adultes.

Rilliet et Barthez ont trouvé dans 20 cas des ulcérations tuberculeuses stomacales siégeant ordinairement le long de la grande courbure, et dont les dimensions variaient entre celles d'une lentille et celles d'un écu de cinq francs; excepté dans un seul cas, ces lésions ne s'étaient accompagnées pendant la vie ni de nausées ni de vomissements, ni de douleurs épigastriques. D'après Steiner, qui a observé huit cas de tuberculose stomacale, les signes de cette affection sont des douleurs épigastriques et des vomissements fréquents de substances alimentaires mêlées de stries de sang. Bignon (3) rapporte le cas d'un enfant tuberculeux qui succomba à une hématémèse foudroyante; on trouva à l'autopsie une ulcération arrondie de la grande courbure qui siégeait au niveau des vaisseaux gastro-épiploïques et par laquelle le sang s'était épanché dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; la muqueuse stomacale avoisinante était soulevée par plusieurs granulations tuberculeuses. Dans un cas

(1) Spillmann, *Thèse d'agrég.* Paris, 1878.
(2) Marfan et Apert, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1896, p. 273.
(3) Bignon, *Bull. de la Soc. anat.*, 1853, n° 6, et *Thèse de Paris*, 1854.

observé par Cazin (1) et relatif à une petite fille de dix ans atteinte de scrofule ganglionnaire, on constata également une hématémèse abondante, une ulcération de l'estomac et des granulations tuberculeuses de la muqueuse de cet organe.

INTESTINS.

La tuberculose intestinale se rencontre à peu près chez le tiers des enfants tuberculeux (Steiner); elle coïncide presque toujours avec la tuberculose d'autres organes, tels que le péritoine, les ganglions mésentériques ou bronchiques, le foie, les poumons, etc.; il est extrêmement rare de voir la tuberculose se limiter exclusivement à l'intestin.

La tuberculose de l'intestin peut être la manifestation d'une infection tuberculeuse généralisée; elle peut se développer aussi par propagation d'un foyer tuberculeux siégeant dans le péritoine ou les ganglions mésentériques, mais elle résulte en général de la déglutition de produits tuberculeux, provenant des poumons et des bronches et beaucoup plus rarement du lait de vaches tuberculeuses (Voir p. 376).

Le siège de prédilection des lésions tuberculeuses est l'intestin grêle, surtout l'iléon, parfois aussi la partie du cæcum qui avoisine la valvule de Bauhin. Les tubercules se déposent sous forme de *granulations demi-transparentes* dans le tissu sous-muqueux; en même temps, les glandes intestinales sont le siège d'inflammations tuberculeuses qui donnent naissance à des foyers caséeux miliaires, puis à des *ulcérations*. Celles-ci sont sinueuses, inégales, déchiquetées; elles s'étendent surtout perpendiculairement à l'axe de l'intestin et affectent ainsi une forme annulaire; leurs bords sont habituellement décollés, et leur fond se couvre de granulations demi-transparentes; celles-ci, en se caséifiant, contribuent à augmenter la profondeur de l'excavation. Ces ulcérations atteignent très rarement chez l'enfant les dimensions que l'on observe chez l'adulte. C'est ainsi que le type annulaire complet avec rétrécissement consécutif de l'intestin, est tout à fait exceptionnel. Au contraire, les lésions tuberculeuses des plaques de Peyer paraissent plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte (Spillmann).

La *diarrhée* est le seul signe par lequel se révèle la tuberculose de l'intestin; son abondance est en raison directe du nombre et de l'étendue des ulcères; cependant on ne peut conclure de ce qu'un enfant tuberculeux a des évacuations liquides à la présence d'ulcérations intestinales, car la diarrhée peut être liée à un simple catarrhe de la muqueuse. La constatation des bacilles tuberculeux dans les selles est au contraire un signe pathognomonique de l'entérite

(1) Cazin, *Union méd.*, 1881, I, p. 55.

tuberculeuse dans les cas où il n'y a pas de foyer pulmonaire.

Sur 63 enfants tuberculeux observés par Rilliet et Barthez, le dévoiement s'est déclaré dès le début dans la moitié des cas, à une époque également distante du début et de la terminaison fatale dans le tiers des cas; dans le plus petit nombre des cas, la diarrhée n'est survenue qu'à la fin ou a manqué.

Nous avons décrit plus haut (Voir p. 377) les formes intestinales de la tuberculose du premier âge.

Le *traitement* de l'entérite tuberculeuse est celui de la tuberculose et de l'entérite chronique.

GANGLIONS MÉSENTÉRIQUES.

On a confondu sous le nom de *carreau* des affections très différentes, telles que le gros ventre des rachitiques, l'entérite chronique non tuberculeuse et la péritonite tuberculeuse; il faut réserver ce nom à la *phtisie mésentérique*.

Rilliet et Barthez ont constaté à l'autopsie la tuberculisation des ganglions mésentériques chez la moitié des enfants tuberculeux, mais cette lésion n'était avancée et prédominante que chez un seizième de ces enfants; on voit donc que le carreau, contrairement à l'opinion vulgaire, n'est pas une maladie fréquente. Les garçons en sont plus souvent atteints que les filles; rare avant trois ans et après douze ans, le carreau atteint son maximum de fréquence vers l'âge de cinq ans. Bednar a rencontré une fois la tuberculose mésentérique sans autre complication chez un enfant à la mamelle et Noble (1) l'a observée chez un nouveau-né où elle se compliquait d'un abcès situé sous le diaphragme.

Les ganglions tuberculeux sont au début augmentés de volume, rouges à la coupe et parsemés de foyers caséeux miliaires qui ont été pris souvent pour des granulations tuberculeuses. A un stade plus avancé, toute la masse du ganglion se ramollit et prend une teinte blanchâtre qui lui donne l'aspect d'un marron dépouillé de son enveloppe. Parfois plusieurs masses ganglionnaires s'accolent et forment une tumeur bosselée qui peut atteindre le volume des deux poings. Les ganglions tuberculeux suppurent quelquefois et forment des abcès qui peuvent s'ouvrir dans le péritoine et déterminer une péritonite ou bien perforer le tube intestinal ou la peau où ils produisent une fistule persistante. Ils peuvent subir la dégénérescence amyloïde (Steiner) ou plus souvent la transformation crétacée.

La tuberculose mésentérique s'accompagne presque toujours de tuberculose intestinale; on voit souvent alors se dessiner sous la séreuse des vaisseaux lymphatiques noueux, moniliformes, blan-

(1) Noble, *Amer. Journ. of med. Sc.*, juill. 1889, p. 29.

châtres, qui, partant des ulcérations de l'intestin, vont se rendre aux ganglions mésentériques; ces vaisseaux sont distendus par de la matière tuberculeuse formée soit par de vraies granulations, soit par les produits d'une lymphangite caséeuse (Thaon). La tuberculose du mésentère est donc habituellement *secondaire* à celle de l'intestin, mais dans quelques cas on ne peut contester l'existence d'une tuberculose ganglionnaire *primitive*, sans lésions intestinales. Le carreau coïncide au contraire rarement avec la tuberculose du péritoine (Rilliet et Barthez).

Les anciens auteurs (Baumes, Goy, Guersant) ont distingué un *carreau indolent* et un *carreau douloureux*. Cette dernière variété se rapporte à la péritonite tuberculeuse, qu'ils confondaient avec la phtisie mésentérique. Dans le carreau proprement dit, le ventre reste mou, indolent; il est rarement ballonné, il est en général facile à déprimer ; la palpation fait parfois sentir au niveau de l'ombilic et en avant de la colonne vertébrale une *tumeur* dure, bosselée, peu mobile, douloureuse au toucher, formée par l'agglomération des ganglions engorgés. Pour bien sentir cette tumeur, il faut saisir les parois du ventre entre les deux mains placées latéralement dans chaque flanc et les rapprocher peu à peu de la ligne médiane, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la masse ganglionnaire, qui se trouve prise entre les deux mains (Jenner).

Le carreau n'a pas de symptômes qui lui soient propres, à part la tumeur abdominale qui fait très souvent défaut. On a vu quelquefois la masse ganglionnaire déterminer de l'*ascite* et une *dilatation des veines abdominales*, parfois même de l'*œdème des membres inférieurs* par la compression de la veine cave (Rilliet et Barthez, Steiner). Ollivier (1) a constaté, à l'autopsie d'une petite fille de huit ans qui avait présenté de l'amaigrissement, de la diarrhée et les signes d'une phlegmatia alba dolens des deux crurales, une thrombose primitive de la veine cave inférieure ; immédiatement au-devant du tronc de la veine et au niveau du duodénum se trouvait une tumeur constituée par un paquet de ganglions mésentériques tuberculeux ; l'intestin grêle presentait un grand nombre d'ulcérations tuberculeuses, qui avaient été la porte d'entrée du bacille, car les poumons, les bronches et les ganglions bronchiques étaient sains.

Les autres symptômes qui sont mentionnés par les auteurs, tels que l'amaigrissement, la diarrhée, la pâleur, etc., dépendent presque toujours d'autres localisations tuberculeuses. On a remarqué que dans le carreau, plus que dans toute autre forme de la tuberculose, l'appétit, loin d'être amoindri, est parfois augmenté ; cette *voracité* a d'ailleurs été observée aussi dans le rachitisme et le catarrhe chronique des intestins.

(1) Ollivier, *Leçons clin. sur les mal. des enf.* 1889, p. 279.

Certains auteurs admettent la curabilité du carreau ; Rilliet et Barthez ont trouvé dans le mésentère d'un enfant une masse tuberculeuse considérable qui avait subi dans son entier la transformation crétacée. La gravité du mal dépend le plus souvent des autres localisations tuberculeuses concomitantes (intestins, poumons, bronches, etc.).

Le *traitement général* du carreau sera celui de la scrofule et de la tuberculose; on insistera particulièrement sur l'emploi des eaux thermales bromo-iodurées, salines et sulfureuses (Lavey, Bex, Salins, Kreuznach, Nauheim) ou des bains de mer. Quant au *traitement local*, on a préconisé les badigeonnages à la *teinture d'iode*.

CHAPITRE XXIII

MALADIES DU FOIE

Le foie est relativement plus considérable dans les premières années de la vie que chez l'adulte. A la naissance, il représente 4,39 du poids du corps, chez l'adulte seulement 2,77 (Vierordt). Jusqu'aux environs de la quatrième année, son bord inférieur dépasse normalement le rebord costal de 1 à 2 centimètres dans la ligne mamillaire. Avant de se prononcer à l'autopsie sur la question si importante de l'hypertrophie ou de l'atrophie du foie, il faut connaître le poids moyen de cet organe aux différentes périodes de l'enfance. On pourra se guider sur le tableau de ces poids, donné par Birch-Hirschfeld (1).

A la naissance	127,0
A 6 mois	197,0
A 1 an	312,0
A 2 ans	346,0
A 3 ans	453,0
A 5 ans	480,0
A 7 ans	638,0
A 9 ans	661,0
A 10 ans	830,0
A 12 ans	1028,0
A 15 ans	1248,0

Certaines altérations du foie et des voies biliaires n'ont chez l'enfant qu'un intérêt anatomo-pathologique. Tels sont le foie gras, le foie amyloïde, le foie tuberculeux.

Le **foie gras**, dû à l'infiltration graisseuse des cellules hépatiques, est une lésion fréquente chez les enfants, de un à quatre ans surtout (Steiner et Neureutter) (2). L'alcoolisme, qui en est la cause la plus

(1) Birch-Hirschfeld, in *Gerhardt's Handbuch der Kinderkrank.*, 1880, IV, 2e partie, p. 668.

(2) Steiner et Neureutter, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1865, A. F., VII, Heft 3, p. 1.