ses allures à la *fièvre typhoïde* que le diagnostic de ces deux maladies est parfois impossible; les taches lenticulaires qui sont le seul signe pathognomonique de la fièvre typhoïde, peuvent manquer chez les enfants. Rilliet et Barthez déclarent que le diagnostic de la tuberculisation générale est un des plus difficiles problèmes de la pathologie de l'enfance. Il ne peut être établi le plus souvent que par l'absence de la réaction de Widal (Voir p. 151) ou par l'autopsie. On tiendra compte surtout, dans le diagnostic différentiel, du terrain sur lequel s'est développée la maladie ; a-t-on affaire à un enfant vigoureux qui a été pris de fièvre au milieu d'une santé florissante, qui appartient à une famille exempte de scrofule et de tuberculose, toutes les présomptions seront en faveur de la fièvre typhoïde; l'enfant est-il au contraire chétif ou scrofuleux, a-t-il des antécédents tuberculeux, la maladie est-elle consécutive à une rougeole ou à une coqueluche ou a-t-elle été précédée d'une période plus ou moins longue de dépérissement, il faut craindre la tuberculose généralisée.

La **phtisie pneumonique** pourra être facilement prise au début pour une *pneumonie franche* ou une *broncho-pneumonie*. Ziemssen indique comme l'élément principal du diagnostic en pareil cas la marche de la température, qui, dans la tuberculose, présente des oscillations irrégulières et n'atteint jamais un degré aussi élevé que dans la pneumonie. On tiendra compte également des antécédents de santé de l'enfant et de ceux de ses parents et on examinera les crachats qui renfermeront de bonne heure le bacille de Koch.

Phtisie chronique. — Les éléments du diagnostic de la phtisie chronique sont les mêmes que chez les enfants âgés de plus de six ou sept ans que chez l'adulte.

Chez les jeunes enfants, le diagnostic de la tuberculisation pulmonaire chronique présente des difficultés parfois insurmontables lorsqu'il n'y a pas d'expectoration ; nous avons indiqué plus haut l'utilité en pareil cas de la recherche du bacille de Koch dans les matières vomies ou dans les selles. La maladie ne se révèle souvent à l'exploration du poumon par aucun signe physique ; la tuberculisation pulmonaire pourra être alors confondue avec toutes les *cachexies essentielles*, telles que celles de l'inanition, du rachitisme, des suppurations prolongées ou du catarrhe chronique des intestins. L'âge et les commémoratifs doivent être pris en considération dans ces cas difficiles; ainsi il faut se rappeler qu'au-dessous de deux ans la tuberculose chronique est rare et l'*atrophie infantile* simple très fréquente. Il faut se rappeler aussi le précepte de Rilliet et Barthez : « Trop de réserve est préférable à trop de précipitation » et ne pas conclure trop vite à la tuberculose.

Nous avons déjà dit plus haut que la forme pleuro-pneumonique chronique de la phtisie pulmonaire peut simuler la *pleurésie purulente* quand elle est limitée à un seul côté de la poitrine; si le cas est

ancien et date au moins de plusieurs mois, on recherchera avec soin si l'enfant n'a pas eu de vomique, d'expectoration purulente, ou si l'on peut découvrir de la fluctuation dans les espaces thoraciques dilatés; ces signes, comme la présence d'un lacis veineux ou d'un œdème limité aux parois thoraciques, seraient pathognomoniques de la pleurésie purulente ; dans les cas douteux, on fera une ponction exploratrice.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la phtisie aiguë est absolument fatal; la seule forme de la phtisie chronique qui offre quelques chances de curabilité est celle qui s'observe chez les enfants d'un certain âge, lorsque la maladie se limite au sommet.

TRAITEMENT. — Nous avons insisté ailleurs sur le traitement général de la tuberculose (Voir p. 380). Une bonne hygiène et l'administration de l'huile de foie de morue à haute dose en formeront la base. Maintenant que les *sanatoria* pour tuberculeux se fondent partout, même pour la classe pauvre, c'est dès les premiers stades de la phtisie qu'on installera les petits malades dans une localité jouissant d'un air pur et à l'abri des poussières des grandes villes.

La *créosote* est le médicament qui mérite, après l'huile de foie de morue, le plus de confiance dans le traitement de la phtisie pulmonaire. On la prescrira dès le début, si l'enfant ne présente pas de fièvre, à la dose de 0,15 à 0,25 par jour dans du vin ou une potion alcoolique. Revilliet (1) a proposé de la donner en lavement, et Blanchard (2) l'a employée avec succès sous cette forme chez cinq enfants ; il administre journellement, suivant l'âge et la tolérance du malade, 0,30 à 0,80 de créosote dissoute dans une cuillerée à soupe d'huile d'amandes douces, et émulsionnée avec un jaune d'œuf dans un lavement de 250,0 environ. Ce traitement exige une surveillance active et sera interrompu au moindre signe d'intolérance (urines noires, troubles digestifs, etc.). On peut employer également la créosote en pommade au 1/10, dont on frictionne le dos le soir.

Dans le cours de la phtisie pulmonaire chronique, certaines indications symptomatiques peuvent se présenter. Ainsi, quand la toux est sèche et très pénible, ou qu'il existe de la dyspnée, on ordonnera les préparations opiacées ou belladonées à faibles doses; le *chlorhydrate d'apomorphine* a été également recommandé en pareil cas à la dose de 1 centigramme par jour dans une potion de 100 grammes.

Contre l'irritation bronchique, on prescrira les balsamiques, tel que le *sirop de Tolu* ou la terpine. Le *sulfate de quinine* a peu d'action sur a fièvre tuberculeuse, contre laquelle on donnera l'*antipyrine* (0,50 à 1,0) ou l'*antifébrine* (0,05 à 0,15), administrés dès le début de l'accès

(1) Revilliet, *Sem. méd.*, 1891, p. 265.
(2) Blanchard, *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1893, p. 615.

fébrile. Les points pleurétiques seront combattus par des badigeonnages à la *teinture d'iode* ou par de *petits vésicatoires volants*.

La thérapeutique est habituellement impuissante contre les formes aiguës de la tuberculose pulmonaire.

CHAPITRE XI

TUBERCULOSE DES GANGLIONS BRONCHIQUES

La tuberculisation des ganglions bronchiques joue un rôle prédominant dans l'histoire de la tuberculose infantile, dont elle est habituellement la première et parfois la seule localisation (Voir p. 366). Son existence autonome et sa symptomatologie entrevues par Lalouette (1) et Leblond (2) n'ont été définitivement fixées que depuis la thèse de Becker (3) et les travaux de Rilliet et Barthez. Depuis lors, la plus importante monographie parue à ce sujet est la thèse de Baréty (4).

ÉTIOLOGIE. — La *phtisie bronchique*, c'est-à-dire la tuberculisation prépondérante ou exclusive des ganglions bronchiques, est une forme de la tuberculose spéciale au jeune âge. D'après Rilliet et Barthez, elle se rencontre à peu près également à toutes les périodes de l'enfance; elle coïncide en général avec la tuberculisation pulmonaire, mais dans certains cas (1 fois sur 8) elle peut être la seule manifestation de la diathèse. Son étiologie est la même que celle de la tuberculose en général; cependant les auteurs sont d'accord pour signaler sa fréquence toute particulière après les maladies qui s'accompagnent d'irritation bronchique, telles que la rougeole et la coqueluche.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Siège.** — La tuberculisation des ganglions peut frapper également les quatre principaux groupes de ganglions intra-thoraciques, c'est-à-dire les ganglions *trachéaux*, *bronchiques*, *cardiaques* et *pulmonaires*. On voit ces organes former de grosses masses qui siègent, les unes dans le médiastin antérieur au niveau de la première pièce du sternum, les autres dans le médiastin postérieur, où elles peuvent déformer les grosses bronches et comprimer les gros vaisseaux ou le pneumogastrique.

Lésions élémentaires. — Rilliet et Barthez affirment que la lésion

(1) Lalouette, Traité des scrofules, 1780, p. 15, 34 et 35.
(2) Leblond, *Thèse de Paris*, 1824.
(3) Becker, *Thèse de Berlin*, 1826.
(4) Baréty, *Thèse de Paris*, 1875. — On trouvera une bibliographie détaillée dans : Biedert et Litting, *Festschrift an Henoch.*, Berlin, 1890, p. 2[illegible]7.

la plus fréquente dans la phtisie bronchique est l'infiltration tuberculeuse, mais il est facile de se convaincre, par l'examen attentif des ganglions, dans tous les cas de tuberculose thoracique, que l'infiltration n'est pas la lésion initiale; on trouve habituellement à côté des ganglions caséeux qui sont d'une couleur jaune uniforme, d'autres ganglions hypertrophiés qui sont encore rouges et présentent à la coupe un semis de granulations grises demi-transparentes à côté de petits foyers miliaires caséeux d'origine inflammatoire ; ces lésions, granulations et inflammations caséeuses, marchent de pair dans les ganglions comme dans le poumon; il est impossible de démontrer chez l'enfant quelle est la lésion primitive et quelle est la lésion consécutive; elles sont toutes deux l'expression de la même infection.

Marche des lésions. — A un stade plus avancé, il se forme dans ses ganglions caséeux des *cavernes*, comme dans le poumon, ou bien toute la masse du ganglion suppure, tandis que la coque conjonctive résiste, et il se forme un véritable *kyste purulent*. Quelques ganglions peuvent subir la *transformation crétacée*.

On voit souvent les ganglions tuberculeux s'accoler et se fondre en une seule masse irrégulière, ou bien contracter des adhérences avec la plèvre, le poumon ou les bronches. Quand les kystes purulents sont entourés par le tissu du poumon, on pourrait les confondre au premier abord avec des cavernes pulmonaires. Ils peuvent ulcérer les organes voisins ; le pus et la matière caséeuse se vident alors dans les bronches. Dans quelques cas exceptionnels, on a vu ces kystes s'ouvrir dans la plèvre, dans le péricarde, dans l'artère pulmonaire ou dans l'œsophage.

Les masses ganglionnaires tuberculeuses s'accolent parfois à des masses semblables développées dans les poumons ou dans la plèvre, et il peut en résulter que toutes les parties molles, de la paroi thoracique au hile du poumon, sont converties en un pont tuberculeux solide. Quand cette masse se ramollit et suppure, il se forme parfois des cavernes mixtes ganglio-pulmonaires, qui peuvent s'ouvrir, soit dans les bronches, soit dans la cavité pleurale et donner naissance alors à un pneumothorax (Rilliet et Barthez).

SYMPTOMES. — La phtisie bronchique n'a pas une marche qui lui soit propre, et son histoire se confond avec celle de la phtisie pulmonaire, avec laquelle elle coïncide souvent. Elle ne peut être reconnue pendant la vie que dans les cas où les masses ganglionnaires tuberculeuses viennent se mettre en rapport direct avec la paroi thoracique ou la colonne vertébrale ou bien déterminent des troubles fonctionnels par la compression des organes qui traversent le médiastin.

Signes fonctionnels. — La *toux* est un symptôme constant dans la tuberculisation bronchique et affecte un caractère spécial ; elle est