

trachéo-bronchiques les lésions les plus constantes et les plus marquées, sont cependant beaucoup plus discrètes que dans les formes précédentes. A la coupe de ces poumons de coloration rosée et peu congestionnés, on trouve, à côté de tubercules anciens, des granulations fines récentes, souvent localisées à un territoire pulmonaire. On trouve des tubercules caséifiés, mais répandus discrètement, et rarement assez avancés pour constituer des cavernes. Ce sont en général des tubercules péri-bronchiques. Les lésions des ganglions bronchiques sont en général très accusées, les lésions pulmonaires discrètes.

En résumé, les principaux caractères qui, au point de vue anatomo-pathologique, différencient la tuberculose pulmonaire de l'enfant de celle de l'adulte, sont les suivants : le poumon est moins constamment atteint par la tuberculose chez l'enfant que chez l'adulte, et la loi de Louis est moins vraie pour l'enfant. En général, les autres organes sont pris; la tuberculose est moins souvent localisée et limitée au poumon; la tuberculose pulmonaire fait partie d'une tuberculose généralisée aiguë ou chronique. Les ganglions bronchiques jouent un rôle très important. Ils sont souvent le point de départ de l'infection pulmonaire, et présentent souvent les lésions les plus anciennes et les plus avancées. Cette prédominance des lésions ganglionnaires explique la localisation fréquente des lésions pulmonaires dans le lobe moyen du poumon, au voisinage du hile. La localisation prédominante des lésions au sommet du poumon, qui caractérise la tuberculose pulmonaire de l'adulte, est beaucoup moins fréquente dans l'enfance et appartient aux enfants plus âgés. Dans certains cas, la base est seule envahie. La dissémination des lésions dans le poumon est la règle chez le jeune enfant, comme la dissémination dans tout l'organisme. La forme anatomique la plus habituellement rencontrée chez l'enfant est la forme pneumonique. Elle s'observe souvent en masses broncho-pneumoniques pseudo-lobaires. Elle est souvent secondaire à la rougeole. Les cavernes sont moins fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte; elles ont chez les jeunes enfants quelques caractères spéciaux, tenant à la rapidité du ramollissement. L'évolution fibreuse est plus rare, et les masses de tissu fibreux manquent le plus souvent dans le poumon tuberculeux de l'enfant.

FORMES CLINIQUES

Aux trois formes anatomiques de la tuberculose pulmonaire que nous venons de décrire, répondent des formes cliniques distinctes, et l'on peut chez l'enfant décrire comme types bien caractérisés dans leur évolution :

I. La *phtisie aiguë granuleuse*, généralisée ou broncho-pulmonaire. II. La *phtisie aiguë pneumonique ou broncho-pneumonique*. III. La *phtisie chronique*.

Toutefois, ces différentes formes cliniques n'appartiennent pas toutes avec une égale fréquence aux différentes périodes de l'enfance, et il y a lieu de tenir grand compte de l'âge de l'enfant dans leur description. Plus l'enfant est jeune, plus est grande chez lui la tendance de la tuberculose à se

généraliser à tout l'organisme, et à ne se manifester que par des troubles de l'état général. Même lorsqu'il existe des lésions prédominantes au niveau d'un organe, le poumon par exemple, souvent elles restent latentes, sans se traduire par les signes propres à cet organe.

Dans le premier âge, de 0 à 2 ans, bien que le poumon soit le plus souvent le siège de tubercules, la tuberculose pulmonaire, la phtisie proprement dite est rare. On observe à cet âge le plus habituellement la forme chronique diffuse décrite par Aviragnet (tuberculose généralisée chronique apyrétique du premier âge de Marfan) qui évolue comme une cachexie, sans fièvre, tuant lentement, ou parfois se terminant par une poussée granulique aiguë, le plus souvent méningée. Nous n'avons pas à refaire sa description ici.

On observe aussi à cet âge, mais plus rarement, la tuberculose miliaire aiguë généralisée ou broncho-pulmonaire, comme première manifestation d'une tuberculose jusque-là absolument latente, et localisée souvent aux ganglions du médiastin. Ces formes aiguës ont été observées même dans les premières semaines de la vie (8 semaines, Angel Money). D'après les observations de Queyrat, Comby¹, Richardière², les formes broncho-pneumoniques sont fréquentes chez le nourrisson. Elles représentent, avec la phtisie bronchique (que nous décrirons dans un article spécial), les formes thoraciques habituelles de la tuberculose dans la première enfance.

Après 2 ans et jusqu'à 8 ans, les formes rapides de la tuberculose sont fréquentes; la phtisie granulique, et la phtisie broncho-pneumonique aiguë ou subaiguë, bien que se rencontrant à tout âge, sont les formes types de la tuberculose à la période moyenne de l'enfance. Cependant la forme chronique diffuse se rencontre encore jusqu'à 4 ou 5 ans.

Après 8 ans au contraire, on observe des tuberculoses pulmonaires localisées à marche plus lente, et les formes aiguës deviennent plus rares. Le tableau clinique se rapproche d'autant plus de la phtisie chronique de l'adulte que l'enfant est plus âgé.

I. PHTISIE AIGÜE GRANULEUSE TUBERCULOSE MILIAIRE AIGÜE — GRANULIE

La tuberculose miliaire aiguë est toujours secondaire à une lésion tuberculeuse locale plus ou moins ancienne, mais ce foyer primitif reste le plus souvent latent, et les premières manifestations cliniques répondent à l'éclosion, presque simultanée, de granulations innombrables soit dans les poumons presque seuls, soit dans la plupart des organes à la fois. Le tableau clinique sera différent dans les deux cas. Dans le cas d'infection bacillaire généralisée, de granulations tuberculeuses semées par le sang dans tous les organes, aucun des organes ne réagit par ses symptômes propres; la marche est celle d'une maladie infectieuse, générale, les phénomènes généraux pré-

⁽¹⁾ COMBY. *Tuberculose pulmonaire chez l'enfant*. Congrès de Montpellier, 1898. *Arch. méd. des enf.*, 1898.

⁽²⁾ RICHARDIÈRE. *Formes cliniques de la tuberculose du premier âge (particulièrement les formes thoraciques)*. Congrès international, 1900.

dominant sur les signes locaux, et la maladie revêt l'aspect de la fièvre typhoïde. Lorsque les granulations tuberculeuses sont prédominantes au niveau de l'appareil respiratoire, les symptômes sont ceux d'une inflammation banale des bronches et du poumon.

D'où deux formes cliniques à décrire : la *tuberculose infectieuse généralisée, granulie à forme typhoïde*, avec une forme atténuée qui n'en est qu'une variété, et la *granulie à forme broncho-pulmonaire*.

Tuberculose infectieuse à forme typhoïde (Grancher et Hutinel). — Une *période prodromique* précède l'apparition de la fièvre; elle est mal caractérisée, variable dans sa durée et dans sa marche, parfois ne durant que quelques jours, parfois se prolongeant pendant des semaines. L'enfant se plaint de malaise vague, de fatigue, de céphalalgie; son sommeil est agité, parfois délirant. Il est abattu, maussade et triste; il refuse de manger, il s'amaigrit. De temps en temps survient un accès de fièvre. On observe parfois un peu de toux sèche avec de l'oppression. Puis la fièvre apparaît, accompagnée des phénomènes généraux des infections graves, prostration et stupeur, délire nocturne, et le petit malade prend l'aspect d'un typhique; le diagnostic est difficile avec la dothiéntérie, quoique les différents symptômes soient moins nettement accusés que dans l'infection typhique vraie. L'adynamie est moins profonde et moins précoce; l'enfant tuberculeux, malgré sa faiblesse et sa fièvre, conserve une partie de son intelligence, il reste éveillé, il se plaint, il gémit; la céphalée est souvent plus localisée au front et à la nuque. Parfois, cependant, on trouve au complet la stupeur typhoïde, avec les narines pulvérulentes, les lèvres et les dents fuligineuses. Il y a du délire en général nocturne et plutôt tranquille.

Un phénomène plus particulier à l'infection bacillaire est l'*hyperesthésie* signalée par Empis; elle existe à la fois à la peau et dans la profondeur, surtout au niveau de l'abdomen, des flancs et du thorax; la percussion de la poitrine est souvent douloureuse. Les *troubles digestifs* sont, en général, peu accentués. L'anorexie existe dès le début. La langue est blanche et reste humide, rarement elle se dessèche. La diarrhée peut s'établir abondante, parfois avec des selles ocreuses. Le ventre est ballonné, tendu, mais, dans certains cas, il est aplati, en bateau, comme dans la méningite. La fosse iliaque droite est douloureuse à la pression, qui provoque le gargouillement du cæcum. Le foie et la rate sont, en général, gros et douloureux.

L'absence de taches rosées est donnée comme un signe diagnostique de valeur; cependant on les a signalées dans la granulie exceptionnellement (Empis, Jaccoud, etc.), et elles peuvent manquer dans la dothiéntérie des enfants. Les *symptômes thoraciques*, souvent complètement effacés au début, ne tardent pas à s'accuser et à prendre des caractères que la congestion broncho-pulmonaire de la fièvre typhoïde ne donne pas. La *dyspnée* est très marquée et d'une façon précoce, et quelques râles sibilants et sous-crépitaux disséminés ne peuvent l'expliquer. L'accélération de la respiration s'accompagne d'angoisse, et des accès de dyspnée paroxystique surviennent souvent la nuit. L'enfant est d'une pâleur blafarde, il a les lèvres et les extrémités cyanosées. La toux est parfois quinteuse et fatigante. A ces troubles respi-

ratoires graves, ne correspondent que des signes d'auscultation et de percussion sans caractère, mobiles et passagers; tantôt aux bases, tantôt au sommet, on perçoit des signes de congestion broncho-pulmonaire, râles sibilants et ronflants, ou râles sous-crépitaux; parfois il existe une submatité dans une zone limitée; plus rarement, on trouve un véritable foyer broncho-pneumonique avec souffle et râles fins. Les signes physiques sont plutôt moins nets que dans la congestion hypostatique des bases qui accompagne la dothiéntérie. La *fièvre* est constante dans la tuberculose infectieuse, mais la température n'a pas le caractère régulier et cyclique de la courbe thermique de la fièvre typhoïde, avec ses trois stades classiques. Le plus souvent, elle présente de grandes oscillations irrégulières à 39 et 40 degrés. Dans d'autres cas, la fièvre est continue, avec des rémissions matinales peu marquées. Enfin, on peut rencontrer une fièvre intermittente régulière quotidienne, présentant parfois le type inverse que Brüniche avait donné comme assez ordinaire dans la phtisie aiguë, et caractérisé par une rémission vespérale et une ascension thermique matinale. Le *pouls*, dicrote comme dans la fièvre typhoïde, est plus fréquent par rapport à la température dans la granulie, et suit plus fidèlement la courbe thermique. L'*amaigrissement* des tuberculeux est précoce, et souvent il devance de plusieurs semaines le début de la fièvre, puis il progresse rapidement pendant la période fébrile, et il est un des caractères frappants de l'évolution de la maladie. Au contraire, dans la fièvre typhoïde, l'amaigrissement n'apparaît que tardivement.

L'*évolution* de la granulie n'est pas cyclique et régulière; les lésions tuberculeuses se produisent par poussées successives, et la marche clinique traduit ces allures capricieuses. Elle est souvent coupée de rémissions de courte durée, mais qui prolongent la maladie. La mort survient soit par asphyxie progressive, soit dans l'adynamie, soit enfin par poussée méningitique dans le coma et les convulsions, après une durée qui varie de une à quatre semaines.

Tuberculose infectieuse à forme atténuée (Grancher et Hutinel). — *Typho-tuberculose* (Aviragnet). — A côté des cas de granulie typhoïde qui se terminent fatalement après une marche rapidement progressive, il est des cas cliniques de tuberculose généralisée aiguë, où, après une période fébrile plus ou moins bruyante, à allure de fièvre typhoïde, d'embarras gastrique fébrile, de grippe, les symptômes s'amendent; la guérison survient, mais pour être suivie, à échéance plus ou moins longue, soit de l'évolution lente d'une tuberculose pulmonaire chronique, soit d'une nouvelle poussée aiguë de granulie rapidement mortelle, soit enfin d'une méningite tuberculeuse. Il semble, dans ces cas, que la généralisation de la tuberculose se soit arrêtée dans son évolution, et qu'elle n'ait pas eu le temps de produire des lésions suffisamment confluentes pour éveiller des réactions locales vives donnant des symptômes nets.

Landouzy, décrivant ces faits sous le nom de *typho-bacillose* ou de *fièvre continue pré-tuberculeuse* ou *prégranulique*, les considère comme traduisant l'infection générale primitive par les bacilles de Koch, précédant l'organisation des granulations tuberculeuses. Aviragnet a donné une bonne des-

cription de la *typho-tuberculose* chez l'enfant, et, pour lui, elle est le plus souvent l'expression d'une tuberculose aiguë avortée, consécutive à une tuberculose locale en général restée latente. Dans ses cliniques, Cadet de Gassicourt a rapporté plusieurs exemples frappants de cette forme de granulie. MM. Barbier et Tollemér¹ ont publié récemment une observation qu'ils rapprochent des faits décrits par M. Landouzy.

Le *début*, comme dans la granulie grave, est insidieux, mal caractérisé par des malaises vagues, de la céphalée, de l'inappétence, parfois une légère diarrhée; mais assez rapidement la fièvre s'établit, et elle atteint 39 degrés et les dépasse dès le 3^e ou 4^e jour, plus tôt que dans la fièvre typhoïde. D'autres fois, cependant, la température ne s'élève guère à plus de 38 ou 39 degrés dans tout le cours de la maladie. A la *période d'état*, l'enfant se présente avec l'aspect d'une fièvre typhoïde légère; l'abattement n'est pas très marqué, et parfois l'enfant s'occupe de ce qui l'entoure et joue dans son lit. La langue est humide, blanche au milieu, rouge sur les bords, un peu pâteuse, jamais sèche et rôtie. Le ventre est souple, non douloureux à la pression, sauf au niveau de la fosse iliaque droite, où parfois existe un peu de gargouillement. Les signes gastro-intestinaux, en général légers, inappétence, un peu de diarrhée, sont parfois très marqués; il y a des vomissements, une diarrhée fétide et ocreuse. La rate est grosse, le foie un peu hypertrophié; il peut y avoir de l'albumine dans les urines. Il n'y a pas de taches rosées lenticulaires. A l'auscultation des poumons, on trouve, au début, quelques signes de bronchite, soit aux sommets, soit aux bases, insuffisants pour faire un diagnostic. Cependant la fièvre est assez vive, la température atteint 40 degrés; elle est continue avec des irrégularités plus marquées que dans la dothiéntérie. Le pouls est rapide et marche avec la température.

Cet état se maintient mal défini pendant une semaine environ, et le *diagnostic* reste en suspens entre une fièvre typhoïde, une grippe, une granulie. Mais l'évolution permet bientôt d'éliminer la grippe par la durée de la période fébrile; il ne s'agit pas d'une fièvre typhoïde non plus, car les taches rosées manquent et, malgré la fièvre, les phénomènes généraux, la prostration, la céphalalgie ne s'accroissent pas; il n'y a pas de délire, l'intelligence reste nette, la langue reste humide, la diarrhée est moins abondante. De plus, les signes pulmonaires s'accroissent et prennent certains caractères qui permettent de poser le diagnostic de tuberculose. On trouve, en effet, une zone de congestion autour des granulations, le plus souvent au sommet, parfois à la base, se traduisant par des signes physiques nets, un léger degré de submatité, qui persiste pendant 2 à 5 semaines, une inspiration faible parfois légèrement soufflante, avec quelques râles fins. D'autres fois, c'est une pleurésie légère de la base qui vient affirmer la tuberculose. Ces signes physiques ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel respiratoire, à peine une petite toux sèche, et la dyspnée qui caractérise la granulie manque. Tous les symptômes généraux et locaux sont d'ailleurs beaucoup

⁽¹⁾ BARBIER ET TOLLEMER. Étude sur un cas de bacillose tuberculeuse chez un enfant de 5 ans. *La tuberculose infantile*, 1900.

plus légers dans la typho-tuberculose, et l'évolution ultérieure ne tarde pas, d'ailleurs, à écarter toute idée de granulie qui pouvait se présenter au début. En effet, après une semaine, pendant laquelle la température oscille entre 39 et 40 degrés, sans aggravation de l'état général, on la voit s'abaisser graduellement, avec des oscillations comme dans la dothiéntérie, et retomber à la normale. Les troubles digestifs ont disparu, l'enfant mange avec appétit sans inconvénient, il a peu maigri, c'est à peine s'il est affaibli, et c'est là un des caractères de la fièvre continue tuberculeuse (Aviragnet). Les signes pulmonaires de congestion disparaissent souvent sans laisser presque de traces. La durée a été de 4 à 5 semaines pour arriver à une guérison complète. Mais il est loin d'en être toujours ainsi. S'il est possible que, parmi les malades atteints de typho-tuberculose, il y en ait qui se relèvent complètement (Landouzy), ce sont des exceptions, et habituellement la marche est toute différente. La défervescence fébrile et la rémission momentanée des symptômes n'a qu'une durée limitée, et dans un temps plus ou moins rapproché, une semaine à plusieurs mois, une nouvelle poussée tuberculeuse, le plus souvent méningée, emportera l'enfant.

Dans d'autres cas, nombreux aussi, la convalescence, au lieu de se faire franchement, traînera, et sera le prélude d'une phtisie chronique; les symptômes pulmonaires constatés, au lieu de s'amender, poursuivront leur évolution vers l'induration tuberculeuse du poumon.

Le *pronostic* est donc toujours grave même pour les formes atténuées de la tuberculose infectieuse, et le *diagnostic précoce est important à faire avec la fièvre typhoïde*. Le plus souvent il n'est possible que par l'évolution. Il est compliqué encore par la possibilité d'une dothiéntérie évoluant chez un enfant déjà tuberculeux, et chez lequel on trouve, avec les phénomènes de l'infection typhique, des lésions pulmonaires du sommet. Ce diagnostic précoce sera obtenu avec certitude par la méthode du *séro-diagnostic* de Widal¹, qui permettra d'affirmer l'existence d'une fièvre typhoïde vraie. Dans un cas publié par L. Guinon et H. Meunier², chez un garçon de 8 ans, au cours d'une phtisie aiguë bien caractérisée, l'apparition de taches rosées et l'évolution régulière de la température, ayant donné des doutes sur la possibilité d'une dothiéntérie méconnue, on fit le séro-diagnostic qui fut positif et amena la conclusion qu'il s'agissait d'un pneumo-typhus. Mais l'évolution terminale fut celle d'une phtisie aiguë. A l'autopsie on trouva des lésions de tuberculose généralisée parmi lesquelles des lésions tuberculeuses de l'intestin vérifiées histologiquement, sans ulcérations typhiques. Cependant la réaction agglutinante faite avec les liquides cadavériques, sang du cœur, liquide pleural, était positive. L'examen bactériologique permit, par des cultures de la pulpe splénique, de démontrer la présence de bacille d'Eberth bien caractérisé, démontrant ainsi la réalité d'une infection typhique chez ce tuberculeux granulique,

⁽¹⁾ Soc. méd. des hôp., 1896.

⁽²⁾ Fièvre typhoïde et tuberculose aiguë associées. Séro-diagnostic positif contredit par l'autopsie et rétabli par les ensemencements cadavériques. *Revue des mal. de l'enf.*, avril 1897.

en même temps que la valeur diagnostique réelle du séro-diagnostic en pareil cas.

Tuberculose miliaire broncho-pulmonaire. — Il n'y a pas de délimitation nettement tranchée entre les formes infectieuses et les formes broncho-pulmonaires de la phtisie aiguë granuleuse, et nous avons dit que la dyspnée intense appartenait à la granulie à forme typhoïde. Cependant la prédominance des granulations dans l'appareil bronchique et le poumon donne lieu à des formes cliniques qui simulent une affection locale.

La granulie pulmonaire chez l'enfant se présente soit sous l'aspect d'une *bronchite simple*, d'une *broncho-pneumonie*, soit sous la forme d'une *bronchite capillaire*. A l'éruption granuleuse se joignent des congestions et des inflammations bronchiques et broncho-pulmonaires.

Forme catarrhale. — Dans tous les cas elle est caractérisée par la prédominance des symptômes pulmonaires sur les phénomènes généraux. Ces cas cliniques constituent la *forme catarrhale* de la granulie, qui est des plus communes. Elle survient souvent chez un enfant déjà cachectique, amaigri, ayant eu à plusieurs reprises des bronchites, souvent dans la convalescence d'une rougeole ou d'une coqueluche. Son début n'est pas brusque, mais l'enfant tousse et est légèrement dyspnéique depuis quelques jours lorsque la fièvre apparaît avec les signes pulmonaires intenses qui attirent l'attention sur le thorax. La fièvre existe toujours, procédant par poussées successives; elle est irrégulière dans sa marche; elle ne dépasse guère 39 degrés. Le pouls est petit, moins en rapport avec l'intensité de la fièvre qu'avec le degré de la dyspnée. Celle-ci est le phénomène prédominant. La respiration est pénible, haletante, la face est pâle, bouffie, les lèvres, les mains sont cyanosées. Au début, la dyspnée ne dépassait pas celle de toute bronchite moyenne, mais bientôt elle devient celle du catarrhe suffocant. A l'auscultation on entend dans toute la poitrine des râles sibilants et ronflants de bronchite auxquels se mêlent par place des bouffées de râles sous-crépitanes fins. Ces bruits sont mobiles et répartis sans régularité. Souvent ils prédominent aux sommets ou aux bases, où avec la submatité on trouve une respiration soufflante et des râles sous-crépitanes fixes qui indiquent un foyer de broncho-pneumonie. Lorsque la bronchite est localisée dans un seul poumon, cette localisation a une valeur diagnostique en faveur de la tuberculose (Lasègue). Parfois elle est généralisée sous forme de bronchite capillaire et on entend dans toute la hauteur des deux poumons des râles gros et fins, donnant à l'oreille le bruit de tempête. Quelquefois, on trouve nettement au sommet les signes d'une induration pulmonaire tuberculeuse, qui facilite le diagnostic. La percussion donne en général une sonorité normale dans toute la poitrine, sauf en quelques points d'induration tuberculeuse ou de congestion. Elle est douloureuse. Il y a parfois du tympanisme en avant par suite de l'emphysème de compensation.

Les troubles digestifs sont peu marqués. La rate est augmentée de volume. L'enfant est agité et ne dort pas, mais il n'a pas de délire, peu de prostration. L'amaigrissement progresse rapidement accompagné de la bouffissure pâle du visage. La dyspnée est de plus en plus marquée. Une rémission peut se

faire, la température tombe, la respiration redevient plus calme, l'état général est meilleur; mais, après quelques jours, une nouvelle poussée ramène tous les symptômes, l'enfant succombe bientôt à l'asphyxie, soit avec un abaissement de température les jours qui précèdent la mort, soit au contraire avec une ascension à 40 degrés. Parfois des signes de méningite accompagnent la fin. Rarement la rémission est réelle et suivie d'une évolution chronique de la tuberculose.

Le *diagnostic* est très difficile entre la phtisie catarrhale et les bronchites simples ou capillaires, la broncho-pneumonie grippale. La bronchite simple ne ressemble à la phtisie aiguë que par les signes physiques locaux: la gêne respiratoire est peu marquée; on peut donc, en tenant compte des antécédents, des phénomènes généraux, de l'examen complet du malade au point de vue des stigmates de la tuberculose, faire le diagnostic de tuberculose rapide. La bronchite capillaire ne peut guère être diagnostiquée. S'il y a des signes de broncho-pneumonie, ils sont plus fixes dans la tuberculose que dans la broncho-pneumonie simple. L'unilatéralité des signes physiques est précieuse pour le diagnostic.

Forme suffocante. — Lorsque les signes physiques manquent et qu'à l'auscultation on entend peu ou pas de râles, bien que la dyspnée soit intense, la granulie broncho-pulmonaire revêt le type décrit sous le nom de *forme suffocante*, qui s'observe chez l'enfant de 2 à 5 ans, mais est beaucoup plus rare que la forme catarrhale. Elle est due à la confluence des granulations tuberculeuses dans le parenchyme pulmonaire farci de petites granulations grosses comme une tête d'épingle, toutes du même âge. Elle débute souvent brusquement par une dyspnée violente avec accès paroxystiques, sans toux, sans point de côté, mais avec fièvre intense. A l'auscultation, la respiration est affaiblie sans râles, et cette opposition de l'auscultation à signes négatifs avec la dyspnée très violente, est le caractère distinctif de l'affection et la distingue de la *bronchite capillaire* où toute la poitrine est pleine de râles. Le tableau clinique est souvent celui de l'*asthme* ou de l'*asystolie chez l'adulte*. Cette forme de tuberculose est rapidement mortelle, elle tue l'enfant par asphyxie en 8 à 10 jours, souvent beaucoup moins.

II. PHTISIE AIGUË PNEUMONIQUE ET BRONCHO-PNEUMONIQUE

Pneumonie tuberculeuse. — Pneumonie caséuse. — La tuberculose pulmonaire peut débiter avec les allures d'une pneumonie lobaire. Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt décrivent cette forme, mais elle est rare chez l'enfant. Elle appartient aux grands enfants, et Rilliet et Barthez ne l'ont presque jamais rencontrée dans la première enfance. Le début est brusque, par un frisson suivi de fièvre, s'accompagnant de point de côté, qui manque parfois, mais en général il est moins franc que dans la pneumonie vraie. Il surprend rarement l'enfant en pleine santé; depuis quelque temps, le petit malade maigrissait et pâlisait, et l'étude de ses antécédents apprend qu'il a eu auparavant des accidents pulmonaires d'une allure douteuse. Quoi qu'il en soit, il se présente actuellement avec de la dyspnée, une toux sèche

ou humide, en général sans expectoration si l'enfant est jeune, avec des crachats visqueux, quelquefois sanguinolents, chez les grands enfants. La température est élevée, 40°, mais elle reste rarement stationnaire les jours suivants, et subit des oscillations irrégulières avec des variations de 1° à 1°,5. Le pouls est petit, fréquent. A l'auscultation, on perçoit les signes d'une pneumonie qui siège le plus souvent au sommet ou dans la partie antérieure du thorax (Rilliet et Barthez), souvent à l'une des deux bases (Hérard et Cornil). Un seul des côtés est pris. Toutefois ces signes sont souvent moins nettement caractérisés que dans la pneumonie franche; le murmure vésiculaire est affaibli ou manque totalement (Hérard et Cornil), les râles sous-crépitaux sont plus fréquents que les râles crépitants vrais, le souffle tubaire n'existe pas toujours ou apparaît tardivement. La percussion permet de constater la résistance au doigt, puis la matité nette dans une large étendue du poumon. Le diagnostic est très difficile, impossible en général, les premiers jours. L'étude du début d'une part, celle du terrain, des antécédents héréditaires et personnels du petit malade d'autre part, provoqueront des réserves immédiates. L'évolution de la maladie confirmera ces doutes. Si la température subit des oscillations irrégulières, si la défervescence ne se fait pas franchement du septième au treizième jour, si la fièvre persiste au delà, sans détente de l'état général, sans amendement des signes fonctionnels et physiques, le diagnostic de tuberculose s'impose. En effet, la diarrhée, les vomissements, l'œdème et la bouffissure de la face ne tardent pas à apparaître; l'amaigrissement est rapide, et l'enfant succombe à une cachexie aiguë en quelques semaines, souvent avec du muguet.

Parfois, après une amélioration de quelques jours qui simule une défervescence lente de la pneumonie, les symptômes reparissent, sur un type subaigu, il y a de la fièvre le soir, la toux persiste, le teint est pâle, l'enfant a des sueurs, mais surtout l'amaigrissement et l'affaiblissement s'accroissent. A l'auscultation on constate que le foyer s'est limité, mais que des signes de ramollissement apparaissent; le souffle tubaire prend un timbre caverneux, les râles humides du début deviennent gros et cavernuleux, et la maladie prend les allures de la phtisie galopante qui emporte le malade en deux ou trois mois. Mais parfois, malgré ce début bruyant, la phtisie aiguë se transforme en phtisie chronique qui permet d'espérer la guérison. Lorsque le bloc de pneumonie caséuse est limité à la base, le diagnostic de pleurésie pourra parfois être porté, par erreur, devant la constatation de la matité étendue et de la respiration affaiblie avec souffle. La recherche des vibrations thoraciques, d'ailleurs difficile chez l'enfant, n'est pas toujours suffisante, car elles peuvent être diminuées dans la pneumonie caséuse, surtout dans celle qui s'accompagne de sécrétions bronchiques abondantes, obstruant les canaux bronchiques (*pneumonies tuberculeuses massives*, Grancher). La ponction exploratrice est souvent nécessaire au diagnostic.

Une autre forme de début aigu de la tuberculose pulmonaire localisée chez l'enfant peut être la *spléno-pneumonie tuberculeuse* (Grancher), la splénisation accompagnant l'éclosion et le développement des tubercules pulmonaires, débutant en général par un lobe, le plus souvent le lobe infé-

rieur, parfois le sommet, et ayant une grande propension à s'étendre mais lentement. Les symptômes sont ceux d'une pneumonie franche, mais atténués. La fièvre dépasse rarement 39 degrés, et ne s'y maintient qu'un jour ou deux, puis oscille autour de 38 degrés, et tombe avant que les signes physiques se modifient. Le souffle est doux, pleurétique et très persistant, quand il existe. La bronchophonie devient de la broncho-égophonie. Les crépitations sont plus humides et plus grosses, beaucoup plus tenaces que dans la pneumonie franche. Les vibrations sont généralement accrues, quelquefois diminuées. Le submatité et l'affaiblissement respiratoire sont constants. Les signes fonctionnels, toux, dyspnée, accès de suffocation et de fièvre ne durant pas, on voit après 15 jours ou 5 semaines l'état général tout à fait amélioré; mais les signes physiques persistent souvent 2 et 3 mois. Peu à peu cependant les signes de condensation pulmonaire étendue disparaissent à leur tour de la base au sommet, restant localisés en ce point, où déjà on a pu distinguer les signes d'une tuberculisation; celle-ci continuera seule son évolution, que le processus surajouté, la splénisation, masquait au début.

Broncho-pneumonie tuberculeuse. — Dans l'enfance, la forme la plus habituelle de la tuberculose localisée, ou prédominante au niveau des poumons, revêt le type de la broncho-pneumonie aiguë ou subaiguë. Très commune dans les hôpitaux d'enfants, elle a été bien décrite par Cadet de Gassicourt, par Aviragnet. Elle est surtout fréquente de 1 à 5 ans. Souvent on l'observe à la suite de la coqueluche ou de la rougeole. Elle se rapproche par certains points de la forme catarrhale de la granulie.

Au point de vue clinique, *la tuberculose à forme broncho-pneumonique se présente avec les caractères de la broncho-pneumonie simple, et son évolution seule permet de faire le diagnostic, toujours difficile, souvent impossible.* Son début est insidieux: un enfant de 3 à 4 ans, souvent chétif, mal nourri, rachitique, né de parents tuberculeux, et élevé dans leur milieu malsain, tousse depuis quelque temps déjà, est pâle et s'amaigrit, lorsqu'apparaît une dyspnée progressive, accompagnée de fièvre. A l'examen du thorax on n'entend à ce moment, dans toute la poitrine, que des râles sous-crépitaux à grosses bulles ou des râles fins disséminés, avec conservation de la sonorité à la percussion, souvent douloureuse. Mais ces signes se modifient rapidement, en même temps que la dyspnée augmente. On perçoit dans des zones limitées des deux poumons, aux bases, ou au niveau des fosses sus et sous-épineuses, parfois dans l'espace interscapulaire, une submatité nette; ces zones alternent avec des zones sonores parfois tympaniques. La respiration est obscure au niveau des régions submates. Ces signes sont en général plus marqués d'un côté que de l'autre. Ils ne tardent pas à s'accroître en un point, dans une des fosses sous-épineuses, par exemple, où apparaissent du souffle et des râles sous-crépitaux fins qui se produisent surtout quand l'enfant tousse; la submatité fait place à de la matité vraie en ce point. Mais les râles disséminés de bronchite persistent dans toute la poitrine, et des poussées de congestion variables, caractérisées par de la submatité avec respiration soufflante, apparaissent en d'autres points, aux bases, tantôt passagères et ne durant qu'un jour ou deux, tantôt