

L'enfant atteint de *tuberculose diffuse* se présente à nous avec l'aspect suivant : il est pâle et amaigri, la peau devenue trop grande, tant l'émaciation est accentuée, est sèche, écaillée et terreuse ; le système pileux est développé d'une façon exagérée. Les traits sont tirés, le visage fatigué et vieilli, les yeux cernés, quelquefois sans expression, quelquefois, au contraire, très brillants, quand il n'existe pas de troubles digestifs, les cils particulièrement longs, tel est le tuberculeux. De plus on trouve toujours de l'adénopathie périphérique généralisée. Elle est typique ici et se présente avec les caractères que lui a assignés Legroux. Les ganglions sont petits, durs, indolores, roulant sous le doigt, nullement adhérents à la peau ni aux parties sous-jacentes. On les trouve au niveau des carrefours lymphatiques, aux aines, aux aisselles, dans la région cervicale. Parfois, quand l'amaigrissement est extrême, ils se dessinent sous la peau en petits chapelets et l'on peut les voir à distance.

L'examen des différents organes offre quelques particularités à signaler. Du côté des poumons, — l'attention est attirée de ce côté, chez certains enfants, par une toux quinteuse, coqueluchoïde, — on trouve quelques râles de bronchite sans grands caractères ou bien un souffle léger avec quelques crépitations en un point qui révèle un léger degré de submatité à la percussion. Chez d'autres enfants existent les signes physiques d'une adénopathie bronchique. Enfin, d'une façon tout à fait exceptionnelle, on peut parfois trouver les signes d'une induration pulmonaire très accentuée, voire même ceux d'une caverne, mais c'est là une très rare exception. Les cavernes pulmonaires ne se rencontrent que chez les enfants d'un certain âge : chez les bébés elles sont tout à fait rares.

Du côté du tube digestif, les phénomènes observés sont des plus variables. L'appétit est généralement conservé chez les bébés tuberculisés : quelques-uns, atteints de gastro-entérite chronique, vomissent et ont de la diarrhée ; d'autres, au contraire, digèrent très bien leur nourriture. Il nous a semblé que les auteurs classiques avaient exagéré la fréquence des troubles gastro-intestinaux et surtout des lésions tuberculeuses de l'intestin. Les autopsies des bébés que nous avons faites nous ont permis d'affirmer que l'entérite tuberculeuse était rare chez les bébés. Les diarrhées que présentent les tuberculeux très jeunes ne relèvent pas d'une localisation tuberculeuse dans l'intestin, mais probablement d'infections secondaires, facilitées par la déchéance de ces petits malades. Par contre, les ulcérations intestinales se rencontrent assez fréquemment chez les enfants plus âgés.

Le foie est généralement augmenté de volume. La rate est également hypertrophiée ; on peut s'en rendre compte soit par la percussion, soit surtout par la palpation. Quand l'hypertrophie de la rate est accentuée, on arrive à sentir l'organe en introduisant la main sous les fausses côtes. L'hypertrophie de la rate ne serait pas suffisante à elle seule pour affirmer la tuberculose, car elle pourrait relever aussi bien d'autres infections, de la syphilis et de l'impaludisme, par exemple, mais elle est un excellent symptôme quand elle vient s'ajouter aux autres.

Chez l'enfant atteint de tuberculose diffuse, la maladie ne reste pas sta-

tionnaire ; elle évolue assez vite. L'amaigrissement fait de rapides progrès ; l'enfant devient un véritable squelette et l'on se demande comment la vie existe encore chez un petit être aussi profondément atteint. Quelques-uns de ces tuberculeux meurent sans douleurs, sans cris, incapables de réagir ; ils s'éteignent lentement, succombent à l'empoisonnement qui est le fait de la toxémie bacillaire, sans avoir présenté, du côté de leurs différents organes, d'autres modifications que celles que nous avons notées. D'autres arrivent moins vite à ce degré extrême d'étisie, d'affaiblissement, parce que chez eux les troubles digestifs manquent. Et c'est alors une chose étrange que de voir ces enfants qui dévorent, qui ont toujours faim, qui digèrent le lait qu'on leur fait prendre, s'amaigrir quand même tous les jours et d'une façon notable. Quelques-uns succombent à une granulie ultime. Chez d'autres, enfin, des symptômes méningés terminent la scène ; ce n'est plus la mort lente et silencieuse, parce que les symptômes de la méningite sont habituellement bruyants. Cette méningite des bébés — localisation ultime d'une tuberculose diffuse — ne présente pas tous les caractères de la méningite des enfants plus âgés.

Un fait important à noter, en contradiction avec les enseignements classiques, c'est que, pendant toute l'évolution de la tuberculose, l'enfant reste apyrétique. Cette *apyrexie* est un phénomène remarquable chez ces petits tuberculeux. Est-ce à dire que la température ne s'élève jamais ? Non pas. De temps à autre, quand se manifeste une poussée congestive du côté des poumons ou bien autour des ganglions bronchiques caséeux, une bronchopneumonie, quand se montre une poussée d'entérite, on note pendant quelques jours une élévation de la température. Mais celle-ci ne tarde pas à redevenir normale si l'enfant n'a pas succombé à la complication. En résumé l'enfant atteint de tuberculose généralisée chronique meurt, soit par le fait de la cachexie tuberculeuse, soit par le fait d'une complication bronchopulmonaire ou intestinale. A l'autopsie on trouve des lésions tuberculeuses dans la plupart des organes : poumons, ganglions bronchiques, mésentériques, foie, rate, etc.

On peut décrire, à côté de la forme précédente, une forme de tuberculose du premier âge étudiée par MM. Lesage et Pascal. Il s'agit d'une *tuberculose généralisée à tous les ganglions lymphatiques sans participation des viscères*⁽¹⁾. Cette polyadénite tuberculeuse primitive se trahirait par de l'amaigrissement et de la micro-polyadénopathie. Nous n'avons pour notre part jamais rencontré cette forme particulière de tuberculose infantile. Elle doit être bien rare, car, lorsque se fait la généralisation tuberculeuse (celle-ci partant des ganglions bronchiques le plus souvent), il doit être bien exceptionnel que des bacilles ne s'arrêtent pas dans les différents viscères qu'ils traversent fatalement puisque la généralisation se fait aussi bien par la voie sanguine que par la voie lymphatique. Habituellement acquise et pénétrant soit par les voies aériennes, soit par les voies digestives, soit par la peau, sans laisser de trace de son passage au niveau de la porte d'entrée, la tuber-

(1) PASCAL. Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. *Th. de Paris*, 1892. — LESAGE et PASCAL. Polyadénite tuberculeuse primitive du premier âge. *Arch. gén. de méd.* 1895, t. I, p. 270.

culeuse localisée au seul système lymphatique peut, dans certains cas, être héréditaire, transmise directement de la mère au fœtus. On sait, en effet, qu'arrivés au niveau de l'ombilic du fœtus les éléments du cordon se divisent en deux parties : une ascendante constituée par la veine ombilicale qui, comprise dans le repli de la grande faux du péritoine, se rend au hile du foie, l'autre descendante et double, sous la forme de deux artères ombilicales, qui, de chaque côté de l'ouraue, gagnent les parois latérales de la vessie et rejoignent l'artère hypogastrique. Les bacilles venant de la mère peuvent se transmettre par la voie supérieure (cas habituel) ou bien par la voie inférieure. Dans ce dernier cas, la tuberculose peut se localiser au niveau des ganglions de l'aîne. Dans un cas rapporté par M. Pascal, c'est ainsi que les choses se sont passées.

b). — **Tuberculose généralisée à marche aiguë ou subaiguë.** — Une question doit être posée dès l'abord. La généralisation tuberculeuse peut-elle être primitive ? ou bien est-elle toujours secondaire ? Quand on consulte les statistiques, on voit qu'une tuberculose aiguë est toujours consécutive à une tuberculose localisée plus ou moins ancienne. Dix fois seulement sur 500 observations, von Bull n'a pu trouver de foyer de tuberculose localisée, et dernièrement Simmonds, sur 100 observations, a trouvé toujours une lésion locale (Eichhorst, *Traité de pathologie interne*, t. IV, p. 575). Ainsi donc la tuberculose généralisée aiguë est le plus habituellement secondaire. Il est possible, cependant, de rencontrer des cas dans lesquels elle est généralisée d'emblée. C'est là une opinion émise par le professeur Landouzy qui pense même que certains enfants peuvent succomber avant que les bacilles généralisés à tout l'organisme aient eu le temps de faire des tubercules. Ces enfants succombent de bacillose aiguë, pourrait-on dire, plutôt que de tuberculose aiguë. Voici ce que le professeur Landouzy a écrit à ce sujet : « Chez les bébés l'infection tuberculeuse tend, d'ordinaire, à mieux garder ses allures de maladie générale et parfois ne pousse ni fort avant ni profondément ses localisations. La preuve de cette affirmation, nos observations la fournissent dans la constatation d'un double fait, à savoir que, 1° durant la vie, l'expression symptomatique a été souvent moins celle d'une affection pulmonaire, méningée, digestive ou péritonéale, que celle d'une maladie générale, dénoncée par la fièvre, l'anorexie, l'amaigrissement et la mise à mal de tout l'organisme ; 2° à l'autopsie, souvent, la localisation sur le poumon est peu de chose comme étendue et comme profondeur ; parfois, même, elle est moins intense que ne le sont diverses lésions dont la dissémination, presque constante sur une série d'organes (altération et hypertrophie du foie, hypertrophie de la rate, injection des plaques de Peyer, etc.), témoigne de l'infection de l'économie tout entière. Comme nous le répétons tous les jours à l'hôpital, à considérer ces diverses lésions, aussi bien dans le détail que dans l'ensemble, on ne comprend vraiment ni pourquoi, ni comment la mort est survenue. Ce n'est, assurément, ni à quelques rares granulations errantes dans le parenchyme rénal ou sur le foie, ni à un noyau de broncho-pneumonie du volume d'un marron, ni à telle ou telle détermination viscérale congestive circonscrite, mais à l'infection tuberculeuse qu'a succombé le

bébé. La fièvre tuberculeuse tue d'ordinaire les enfants du premier âge avant que de grosses localisations aient eu le temps de se produire ; parfois les lésions sont d'ordre congestif simplement, d'aspect banal, on a peine à rencontrer le granule tuberculeux ; c'est qu'il n'est pas exceptionnel de voir la bacillose tuer le bébé avant d'avoir, en son évolution, poussé jusqu'au granulome tuberculeux ; c'est qu'il n'est pas exceptionnel de voir la maladie s'arrêter à une étape prégranulique. Parfois, pour tout résultat d'autopsie macroscopique, avec lésions caractéristiques des maladies infectieuses (foie gras, rate hypertrophiée, plaques de Peyer injectées), nous trouvons simplement à l'un des lobes pulmonaires un petit noyau de broncho-pneumonie d'aspect banal.... Cette broncho-pneumonie n'est pas responsable de la mort, qui est bel et bien le résultat d'une infection prégranulique. La preuve qu'il s'agit bien là d'une infection bacillaire prégranulique est dans l'examen bactériologique qui, dans la broncho-pneumonie d'aspect banal, soit à l'état frais par raclage, soit sur des coupes après durcissement, peut révéler le bacille de Koch. »

Les faits sur lesquels se base le professeur Landouzy pour affirmer l'existence d'une infection prégranulique mortelle sont passibles d'objections. Les enfants auxquels M. Landouzy fait allusion dans ses observations sont morts généralement avec une broncho-pneumonie d'aspect banal, non tuberculeuse d'aspect. Aujourd'hui que nous connaissons les microbes de ces broncho-pneumonies, que nous savons qu'ils peuvent tuer et très vite par les poisons qu'ils sécrètent (recherches de Hutinel et Claisse), nous sommes en droit de nous demander si les enfants qu'a étudiés le professeur Landouzy n'ont pas succombé à la broncho-pneumonie dont ils étaient atteints. A l'époque où le professeur Landouzy faisait ses remarquables études sur la tuberculose infantile, on ne connaissait pas encore le rôle des streptocoques et pneumocoques dans la broncho-pneumonie. Trouvant des lésions tuberculeuses ganglionnaires chez ces enfants, constatant parfois des bacilles de Koch au niveau des noyaux de broncho-pneumonie, il était naturel de conclure que les broncho-pneumonies étaient « fonction de tuberculose », et d'attribuer à l'infection tuberculeuse la mort de ces bébés. Mais aujourd'hui semblable interprétation peut être discutée et l'on peut dire que ces enfants étaient atteints d'une tuberculose encore à ses débuts, qu'ils ont été mis à mal par une infection broncho-pulmonaire qui les a emportés. Nous n'oserions pas cependant rejeter d'une façon absolue la « fièvre infectieuse tuberculeuse suraiguë primitive » telle que l'a comprise M. Landouzy (notre collègue Barbier en a rapporté un cas récemment), mais on doit la considérer comme rare, et le plus souvent la tuberculose aiguë généralisée ou granulie succède à une tuberculose localisée plus ou moins ancienne.

Chez les enfants, la tuberculose aiguë évolue, comme chez les adultes, soit sous forme de pyrexie (à forme d'embarras gastrique ou de fièvre typhoïde), soit sous forme catarrhale (broncho-pneumonie, bronchite capillaire). Nous n'avons pas à nous occuper ici des différentes formes de la granulie. Elles seront décrites ultérieurement. Ce que nous devons rappeler cependant, c'est que la granulie s'observe fréquemment à la période ultime

de la tuberculose généralisée chronique, forme clinique que nous avons décrite précédemment. Quand elle apparaît chez les petits tuberculeux atteints de tuberculose diffuse, la température jusque-là normale s'élève et l'enfant ne tarde pas à succomber. Cette granulé porte sur tous les organes, mais de préférence sur les méninges; c'est ce qui explique la terminaison rapidement mortelle.

B). — **Tuberculoses localisées.** — Nous n'avons qu'à les énoncer ici en résumant en quelques lignes les particularités qu'elles peuvent présenter.

a). — **Tuberculoses localisées à marche rapide.** — La tuberculose se présente très fréquemment avec les allures d'une broncho-pneumonie aiguë ou suraiguë, parfois même d'une pneumonie franche. Le diagnostic est difficile dans ces cas, impossible même dans les premiers jours.

1° *Tuberculose à forme de pneumonie.* — La tuberculose pneumonique est rare chez l'enfant. Son début est moins brusque que celui de la pneumonie franche; il est habituellement trainant, insidieux, non accompagné de point de côté. A la période d'état, l'examen de la poitrine révèle les mêmes signes que dans la pneumonie franche. Il existe une matité absolue dans l'un des poumons et l'auscultation fait entendre un souffle tubaire. La température est très élevée. Pendant six jours, les choses restent dans l'état; au septième ou au huitième, la défervescence classique ne se produit pas; comme elle ne manque jamais dans la pneumonie franche, chaque fois qu'elle fera défaut on devra songer à la tuberculose. En même temps on entend à l'auscultation des râles cavernuleux et bientôt d'autres signes se manifestent qui donnent à la maladie un cachet particulier. La température présente de grandes oscillations irrégulières; l'enfant est dans un état de faiblesse extrême; il accuse de l'hyperesthésie quand on le touche; il ne se nourrit pas; il s'amaigrit. Du côté des poumons les signes de tuberculose s'accroissent; le ramollissement pulmonaire s'établit, et, après un temps plus ou moins long, l'enfant succombe d'épuisement.

2° *Tuberculose à forme de broncho-pneumonie.* — Beaucoup plus fréquente est cette forme de la tuberculose; on peut dire, sans être taxé d'exagération, que dans la grande majorité des cas la tuberculose a un début broncho-pneumonique. Au point de vue clinique, la broncho-pneumonie tuberculeuse se présente avec tous les caractères de la broncho-pneumonie franche. Après un début généralement insidieux, mais auquel on n'assiste pas dans la majorité des cas, la dyspnée apparaît et, avec elle, la fièvre. On perçoit dans un des poumons une zone de matité et, en ce point, un souffle et des râles. Dans le poumon opposé s'entendent quelques râles sibilants et sous-crépitants disséminés. Le lendemain ou les jours suivants, les signes pulmonaires se modifient; d'autres foyers de broncho-pneumonie ou simplement de congestion apparaissent; ces signes persistent pendant quelques jours, puis disparaissent ou s'amoindrissent et sont remplacés par d'autres. La dyspnée est plus ou moins accentuée, la cyanose plus ou moins intense suivant les cas, comme dans les broncho-pneumonies franches. On comprend ainsi pourquoi il est si difficile et souvent même impossible d'arriver au diagnostic de tuberculose. C'est par son évolution que la broncho-pneumonie

tuberculeuse se caractérise. La marche en est plus ou moins rapide et la durée des plus variables. La *broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë* dure quatre à cinq semaines. C'est vers le huitième, le dixième jour, qu'elle commence à prendre un aspect particulier. C'est à ce moment, en effet, qu'apparaissent les grandes oscillations thermiques, et, avec elles, les sueurs et l'amaigrissement. De plus, on perçoit localisés en un point du poumon des signes stéthoscopiques assez caractéristiques: souffle, râles cavernuleux, gargouillement même. Cette fixité des signes stéthoscopiques et leur aggravation graduelle n'existent pas à un aussi haut degré dans les broncho-pneumonies franches. Celles-ci, en effet, quand elles n'ont pas tué le malade, s'amendent généralement vers le dixième jour. La température s'abaisse, l'état général s'améliore, les signes stéthoscopiques diminuent. Une nouvelle poussée, il est vrai, peut surgir après un moment d'accalmie et rendre douteux un diagnostic qu'on croyait tenir. Certaines broncho-pneumonies non tuberculeuses peuvent même passer à l'état chronique. On comprendra facilement qu'en pareil cas tout diagnostic devient impossible. Mais ces faits sont l'exception: une broncho-pneumonie franche tend généralement vers la guérison et, quand elle dure, elle doit être tenue pour suspecte, surtout si l'amaigrissement que nous avons signalé plus haut fait des progrès, si l'enfant se cachectise. Il est exceptionnel qu'après trois semaines d'évolution la nature tuberculeuse de l'affection pulmonaire ne puisse être affirmée, car l'enfant a pris ce facies si caractéristique du tuberculeux. Il continue à s'amaigrir; il vomit souvent, il est diarrhéique et au bout de six semaines il succombe aux progrès de l'étisie, ou bien emporté par une poussée aiguë ultime.

Dans la broncho-pneumonie tuberculeuse subaiguë, les mêmes signes se manifestent, mais avec plus de lenteur. La maladie s'arrête dans son évolution pendant plusieurs semaines pendant lesquelles le calme, les forces, l'appétit reviennent, puis elle reprend, s'arrête à nouveau et repart d'une façon définitive. La durée est de trois ou quatre mois. C'est la forme clinique de tuberculose qu'on désigne sous le nom de phtisie galopante (sueurs abondantes, amaigrissement, grandes oscillations thermiques régulières, signes de cavernules en plusieurs points des poumons).

b). — **Tuberculoses localisées à marche lente, chronique.** — Nous avons à envisager successivement les localisations aux différents organes.

Poumons. — La tuberculose pulmonaire chronique de l'enfant a les mêmes caractères anatomiques que celle de l'adulte. Au point de vue clinique, elle lui ressemble aussi; elle offre cependant quelques dissemblances. Le début est le plus souvent brusque chez l'enfant; c'est parfois une pneumonie ou une broncho-pneumonie, ou bien une spléno-pneumonie avec épanchement pleural consécutif. Chez d'autres malades, la tuberculose débute avec les allures d'une fièvre continue. Il arrive fréquemment, en effet, d'examiner des enfants nettement tuberculeux, qui se sont mis à tousser, dans le cours ou à la suite d'une fièvre muqueuse ou d'une fièvre typhoïde récente. Ces manifestations fébriles ne sont, le plus souvent, que le début ignoré de la tuberculose. Il ne faudrait pas croire, cependant, que nous rejetions la

possibilité d'une tuberculose venant se greffer sur une dothiéntérie; on en a rapporté des cas indéniables, et nous en avons vu qui étaient tout à fait probants. Ce que nous disons, c'est que les fièvres muqueuses ou typhoïdes de nature tuberculeuse sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le dit. Chez d'autres enfants, la tuberculose pulmonaire a été précédée de bronchites répétées. A la période d'état, on trouve, chez le tuberculeux enfant, les symptômes fonctionnels et physiques du tuberculeux adulte. Il y a cependant quelques différences : elles seront mises en évidence dans un chapitre spécial (Phtisie).

Pleuré. — La pleurésie tuberculeuse se rencontre chez les enfants comme chez les adultes. C'est une pleurésie séreuse, rapidement guérissable et bénigne. Ce qui permet d'en soupçonner la nature tuberculeuse, c'est l'existence d'une congestion au sommet du poumon, du côté de l'épanchement, ainsi que l'a indiqué M. le professeur Grancher. La pleurésie peut débiter par le médiastin et n'envahir la grande cavité que secondairement.

Ganglions trachéo-bronchiques. — La tuberculose affecte souvent pour unique localisation la chaîne ganglionnaire qui entoure la trachée et les bronches. Qu'elle soit primitive ou secondaire, l'adénopathie trachéo-bronchique se manifeste cliniquement par les mêmes symptômes. Elle ne se traduit souvent par aucun désordre fonctionnel et c'est l'examen seul de la poitrine qui en révèle la présence. On trouve en avant, au niveau du manubrium, en arrière entre les deux omoplates, le long de la colonne vertébrale, une zone de matité, et en ces points l'auscultation révèle un souffle ou simplement une respiration soufflante. Quand la compression d'une bronche est forte, le murmure vésiculaire est affaibli dans le poumon correspondant, on le perçoit mal, surtout aux bases. L'absence de dyspnée ou de tout autre trouble fonctionnel fait comprendre pourquoi dans ce cas l'adénopathie est généralement méconnue. Chez quelques rares malades on retrouve, plus ou moins au complet, toute cette riche symptomatologie que les auteurs classiques ont décrite (compressions bronchique, nerveuse, vasculaire, etc., dyspnée, cyanose, œdème, etc...). Mais ces cas sont rares, et le plus souvent ce qu'on constate chez les enfants atteints d'adénopathie trachéo-bronchique, ce sont des crises de dyspnée survenant la nuit, sans cause apparente, ou à la suite d'un léger refroidissement.

L'hypertrophie des ganglions bronchiques peut, par compression du récurrent, produire les symptômes habituels de la laryngite striduleuse ou du croup (dyspnée, tirage, voix rauque, presque éteinte). Quand ces symptômes surviennent brusquement chez un enfant, avant cela bien portant, chez lequel l'adénopathie ne produisait aucun trouble fonctionnel, on peut être très embarrassé pour en reconnaître la véritable nature. C'est sur l'absence de fièvre, d'angine, et surtout sur la constatation d'une zone de matité en avant du manubrium ou dans la région interscapulaire, le long de la colonne vertébrale, qu'il faut se baser pour faire le diagnostic d'adénopathie bronchique. L'adénopathie trachéo-bronchique évolue parfois sans jamais produire de phénomènes de compression; mais il est rare, quand elle est accentuée, qu'elle n'amène pas un certain degré de gêne dans la cir-

culatation pulmonaire. L'augmentation de pression peut être assez prononcée pour qu'une rupture d'une des branches de l'artère pulmonaire s'ensuive. On voit certains enfants mourir d'une hémoptysie foudroyante qui ne reconnaît pas d'autre cause. L'adénopathie bronchique coïncidant constamment avec la tuberculose pulmonaire, il n'est pas toujours facile de séparer au point de vue physique et fonctionnel ce qui appartient à l'une et à l'autre.

Méninges et cerveau. — Nous avons dit précédemment combien était fréquente la tuberculose des méninges chez les bébés qui meurent de tuberculose diffuse. Chez eux, il n'est pas possible de décrire une méningite tuberculeuse, les phénomènes méningés n'étant qu'un des nombreux éléments, et habituellement le dernier en date, d'un cortège symptomatique des plus complexes, comme nous l'avons vu. Mais, chez les enfants plus âgés, la méningite peut être, sinon l'unique localisation de la tuberculose (il n'y a pas de méningite tuberculeuse primitive), du moins la plus prononcée et à elle seule elle paraît constituer toute la maladie. Quand on fait l'autopsie d'un enfant mort de méningite tuberculeuse, on trouve généralement une tuberculose pulmonaire au début, ou quelques ganglions caséux dans le médiastin. Lorsque ces lésions manquent, ce qui est exceptionnel, il existe une tuberculose des ganglions cervicaux et rétro-pharyngiens. Dans ces cas, les bacilles se sont propagés le long ou dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques. Babès dit avoir observé une fois cette marche de la maladie. Le même auteur a montré que d'autres microbes gagnaient les méninges en même temps que le bacille de Koch. C'est ainsi qu'on peut expliquer la présence de streptocoques, du pneumocoque lancéolé, etc., dans l'exsudat purulent de la méningite. Certains auteurs ont pensé que pour atteindre les méninges les bacilles pénétraient parfois par la muqueuse nasale.

Le début de la méningite, son évolution, varient avec chaque enfant, et cette variété rend bien difficile une description d'ensemble de la maladie. L'évolution de la tuberculose cérébrale diffère totalement de celle de la tuberculose méningée. Un tubercule cérébral passe inaperçu pendant des années. Les exemples ne se comptent plus dans lesquels on trouve à l'autopsie un tubercule volumineux ayant envahi une région importante du cerveau, l'ayant presque totalement détruite, ne s'étant cependant manifesté pendant la vie par aucun symptôme, sauf durant les deux ou trois jours qui ont précédé la mort. Les tubercules cérébraux, en devenant superficiels, arrivent à produire de l'irritation méningée qui traduit son existence par le cortège habituel de la méningite tuberculeuse. Mais, s'il n'y a pas de granulations tuberculeuses dans l'épaisseur des méninges, si la méningite n'est due qu'à une irritation de voisinage, les phénomènes observés disparaissent et l'on peut constater pendant un certain temps un arrêt dans l'évolution de la maladie. Cet arrêt est habituellement de courte durée; il est de règle, en effet, d'assister à la généralisation méningée. En présence de ces faits qu'on observe fréquemment dans les hôpitaux d'enfants, n'est-on pas en droit de se demander si, dans les cas de guérison de méningite tuberculeuse qui ont été publiés, on n'avait pas eu affaire à des tubercules cérébraux s'étant accompagnés, à un moment de leur évolution, d'irritation des méninges?

N'est-il pas possible également de mettre en doute la nature syphilitique de ces méningites, guéries par l'iodure de potassium ou le mercure, survenues chez des enfants qui ont succombé quelques mois après à une tuberculose généralisée? Nous le croyons pour notre part.

Tube digestif et annexes. — La tuberculose intestinale n'est fréquente que chez les enfants âgés; nous avons vu que chez les bébés les troubles digestifs (vomissements et diarrhée) se montraient le plus souvent sans qu'il y ait la moindre lésion ulcéreuse à la muqueuse intestinale. Par contre, chez les grands enfants, les ulcérations intestinales existent: elles traduisent leur présence par une diarrhée que rien ne peut arrêter. La tuberculose localisée au foie (hépatite tuberculeuse, cirrrose tuberculeuse de l'enfant) a été étudiée par MM. Hutinel et Deschamps (*Bulletin médical*, décembre 1889). Il résulte de leurs travaux qu'il existe une variété de tuberculose chronique où les lésions hépatiques dominent à ce point que la maladie prend les allures d'une cirrrose. L'histoire de l'hépatite tuberculeuse sera faite dans un chapitre spécial de même que celle de la péritonite tuberculeuse.

Diagnostic. — Le diagnostic de la tuberculose infantile est entouré de difficultés qu'il n'est pas toujours possible de surmonter. Ces difficultés sont surtout grandes au début quand la tuberculose fait son apparition; elles sont moindres quand celle-ci est arrivée à sa période d'état. En règle générale, on peut dire que le diagnostic est d'autant plus facile que les enfants sont plus âgés. Nous allons passer en revue les différents cas qui peuvent se présenter dans la pratique.

Tuberculose latente. — En étudiant les tuberculoses latentes, nous avons montré que certaines d'entre elles échappaient totalement à nos moyens d'investigation. Il serait cependant bien utile d'arriver à un diagnostic certain. Quelques médecins, se basant sur la réaction que produisent chez les tuberculeux les injections sous-cutanées d'eau salée (Sirot) et de tuberculine, ont pensé qu'il y avait là un moyen d'arriver à un diagnostic précoce de la tuberculose. Les recherches de M. Hutinel, qui s'est tout particulièrement occupé de cette question, ne permettent malheureusement pas de considérer l'emploi de ces injections sous-cutanées d'eau salée comme un moyen certain de diagnostic. Voici, sur ce sujet, l'opinion de M. Hutinel: Les injections d'eau salée amènent chez les tuberculeux une élévation de la température; il se produit une ascension de la température qui dépasse un degré et atteint quelquefois 2°,5. La montée commence vers la sixième heure et généralement le fastigium est atteint au bout de douze heures. La température se maintient au même niveau pendant trois ou quatre heures, puis elle redescend pour atteindre la normale, après un ressaut, vingt-quatre ou trente-six heures après l'injection. En même temps que cette réaction générale, l'injection d'eau salée produit des phénomènes de congestion autour des foyers tuberculeux. C'est ainsi que, si l'injection est faite chez des enfants atteints d'adénopathie bronchique bien caractérisée, on voit les symptômes qui en dépendent s'aggraver dans de notables proportions. La toux, la dyspnée, deviennent plus marquées et, quand il existe en même temps des lésions du

côté du poumon, les phénomènes de dyspnée peuvent être très accentués. La réaction produite par les injections d'eau salée est d'une netteté parfaite chez les enfants atteints d'une tuberculose en évolution. Mais, dans ce cas, les lésions tuberculeuses sont en général faciles à découvrir; la réaction n'est donc pas utile au diagnostic. Cette réaction, par contre, ne se manifeste pas avec autant de netteté dans les tuberculoses latentes. La congestion qui se fait autour des lésions tuberculeuses est à peine marquée, aucun symptôme ne la caractérise. Elle amène bien une élévation de la température, mais celle-ci est loin d'être aussi nette que dans le cas précédent, et comme, d'autre part, certains enfants non tuberculeux présentent cette réaction fébrile, on voit qu'il n'est pas possible de se baser sur la réaction des injections sous-cutanées d'eau salée pour affirmer le diagnostic de tuberculose latente.

La tuberculine donne-t-elle de meilleurs résultats? On sait qu'une injection de tuberculine produit chez les tuberculeux une réaction générale — accès de fièvre — qui traduit la réaction locale s'accomplissant au niveau des lésions tuberculeuses. M. le professeur Hutinel et ses élèves (Voir *thèse de Bertherand*, 1895) injectent 1/10 puis 2 et 3 dixièmes de milligr. de tuberculine. Ces doses sont suffisantes pour amener chez les enfants tuberculeux une réaction fébrile de 2 degrés. M. Comby et son élève M. Mettetal (*thèse de Paris*) ont constaté que chez le nourrisson la réaction était très précoce et commençait quatre heures après l'injection. Pour que la réaction ait toute sa valeur, il faut que l'enfant soit dans une période d'apyrexie et que la réaction thermique obtenue soit au moins de 1 degré.

Les injections de tuberculine pratiquées avec beaucoup de prudence (tuberculine fraîche aseptique à petites doses) ne présentent pas grand danger. On peut donc y avoir recours dans certains cas difficiles où le diagnostic de tuberculose qu'on peut avoir intérêt à porter ne peut être établi par les moyens d'investigation habituels.

MM. Arloing et Courmont ont montré que le sérum des tuberculeux agglutinait des bacilles mobiles de la tuberculose. MM. Dubard, Mongour, Rothamel, Bendix, ont confirmé les résultats annoncés. M. Buard (*Th. de Bordeaux*, 1900) a étudié spécialement la séro-réaction tuberculeuse chez les enfants; il paraît en avoir obtenu des résultats satisfaisants. Mais la méthode d'Arloing et de Courmont est d'un maniement difficile (difficulté d'avoir un bacille homogène); de plus, la séro-réaction qui fait défaut chez les tuberculeux avancés se manifeste chez certains pneumoniques. Ce n'est donc pas, à notre avis, une méthode sûre, au moins jusqu'à présent.

Tuberculose en évolution. — Le diagnostic doit être fait au début et à la période d'état. *Au début* la tuberculose simule assez souvent un embarras gastrique ou une fièvre typhoïde. Chaque fois donc qu'on trouvera chez un enfant un cortège symptomatique assez accentué pour qu'on puisse penser à une fièvre typhoïde, mais pas suffisamment caractérisé cependant pour qu'on puisse affirmer le diagnostic, il faudra, avant de conclure à la dothiéntérie, se demander s'il ne s'agit pas d'une tuberculose. Le diagnostic, à vrai dire, n'est pas toujours facile. Nous avons donné les signes qui différencient la fièvre continue tuberculeuse de celle de la dothiéntérie. Nous n'ajouterons que