

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

les quelques considérations suivantes pour compléter ce que nous avons dit sur ce sujet.

On avait pensé un moment à se baser sur l'absence de taches rosées lenticulaires pour rejeter la dothiéntérie. Mais cette absence a été relevée dans certains cas indéniables de dothiéntérie. Aussi n'est-il pas possible de se baser sur elle pour rejeter une fièvre typhoïde. Le séro-diagnostic de Widal sera d'un grand secours. Quand il aura été plusieurs fois négatif chez un enfant atteint d'une fièvre continue grave, le diagnostic d'une tuberculose aiguë sera assez vraisemblable. Elle deviendra une certitude quand, dans le cours de la maladie, on notera du côté des poumons ou de la plèvre des modifications rappelant celles qu'on rencontre habituellement dans toute tuberculose. Nous reconnaissons volontiers que dans certains cas le diagnostic est à peu près impossible à faire; on est obligé, malgré l'attention qu'on a portée à la maladie, de rester dans le doute. Ce qui complique les choses, c'est la possibilité de l'évolution simultanée des deux affections, dothiéntérie et tuberculose, chez le même malade. Reinhold¹ a fait remarquer que, dans la tuberculose, la fièvre continue ne se maintient pas à un taux uniforme plusieurs jours de suite, ainsi qu'il arrive dans les fièvres typhoïdes graves. De plus il estime que lorsqu'on se trouve inopinément en présence d'irrégularités de la marche fébrile, telles que le passage d'une fièvre franchement rémittente à un type intermittent ou à une fièvre continue persistant plusieurs jours de suite, et cela sans aggravation ou diminution correspondante des autres symptômes, dans ces cas, la balance doit pencher dans le doute en faveur de la tuberculose miliaire (P. Simon). Quand le début a lieu par des phénomènes thoraciques, abdominaux, cérébraux, le diagnostic est en général plus facile à faire. Il en est de même quand la tuberculose débute lentement. L'amaigrissement qu'elle produit, la petite toux sèche qu'occasionne la localisation pulmonaire, l'existence d'adénopathie périphérique, la constatation d'une adénopathie trachéo-bronchique, permettent généralement de soupçonner la tuberculose, que des signes plus nets ne tardent pas à faire affirmer.

A la période d'état, le diagnostic s'impose le plus souvent, aussi bien dans les formes généralisées que dans les formes localisées. Dans la tuberculose généralisée chronique, l'amaigrissement extrême de l'enfant, son excessive pâleur, les longs cils de ses yeux, une adénopathie superficielle généralisée coïncidant avec un gros foie et une rate appréciable à la percussion ou perceptible à la palpation, des signes d'induration pulmonaire à l'un des sommets ou bien aux bases, la constatation d'une adénopathie trachéo-bronchique, des troubles digestifs enfin, et tout cela évoluant avec une apyrexie absolue, voilà plus qu'il n'en faut pour affirmer la tuberculose. Mais, dans certains cas, l'affaiblissement, l'amaigrissement, la cachexie, qui sont la règle chez les bébés tuberculés, sont la cause d'erreurs et peuvent faire regarder comme tuberculeux des enfants qui ne le sont pas.

Il importe donc de passer en revue les différents éléments qui constituent

⁽¹⁾ REINHOLD. *Klinische Beiträge zur Kenntniss der acuten miliar Tuberculose, etc.* Deutsches Archiv für klinische Medicin, 1891.

la cachexie tuberculeuse et de rechercher ce qu'ils ont de caractéristique. Ces éléments sont : 1° l'amaigrissement; 2° un habitus extérieur spécial; 3° la micro-polyadénie; 4° l'augmentation de volume du foie et de la rate; 5° l'apyrexie; 6° les signes d'une adénopathie trachéo-bronchique qui sont caractéristiques, mais qui peuvent être très effacés ou qui peuvent même faire défaut. M. Marfan fait remarquer que, parmi ces signes, il en est quatre qui sont communs à toutes les septicémies chroniques du nourrisson : ce sont l'amaigrissement, la micropolyadénie, l'augmentation de volume du foie et de la rate, l'apyrexie. Ces dernières modifications peuvent, en effet, s'observer dans la *cachexie gastro-intestinale*, dans la *cachexie syphilitique*, dans la *cachexie qui succède quelquefois aux broncho-pneumonies de longue durée*, dans la *cachexie qui succède aux suppurations prolongées de la peau*.

Dans les trois premiers mois de la vie, la *cachexie gastro-intestinale* peut se trahir par l'ensemble si caractéristique de l'athrepsie. L'athrepsique et le tuberculeux se ressemblent beaucoup à coup sûr, mais avec un peu d'attention on arrive à les distinguer l'un de l'autre. L'athrepsie débute brusquement par des troubles digestifs qui dominent et constituent même toute la maladie dans certains cas. La déchéance s'accroît rapidement et la cachexie apparaît avec une rapidité que l'on ne voit généralement pas chez l'enfant atteint de tuberculose généralisée chronique. De plus, le facies de l'athrepsique diffère de celui du petit tuberculeux. Après le troisième mois, la cachexie gastro-intestinale ne revêt plus la forme de l'athrepsie. La confusion avec la cachexie tuberculeuse n'est plus guère possible. On retrouve, en effet, les signes de la gastro-entérite chronique qui suffisent à différencier la cachexie gastro-intestinale de la cachexie tuberculeuse : gros ventre flasque, alternatives de constipation et diarrhée, vomissements, érythème fessier, strophulus, eczéma, déformations rachitiques du squelette.

Dans la *cachexie syphilitique*, les lésions spécifiques de la peau aux fesses, aux cuisses, aux jambes, autour de la bouche, au front, aux sourcils, des muqueuses (fissures de la bouche, coryza chronique), les ostéophytes du crâne, permettent d'éviter la confusion. De plus, le syphilitique est moins amaigri que le tuberculeux; sa peau a une teinte jaune mais; les cils font défaut et les cheveux sont rares. Son habitus extérieur diffère donc de celui du tuberculeux. Par contre, la *cachexie consécutive à certaines broncho-pneumonies de longue durée, à une suppuration prolongée de la plèvre*, rappelle beaucoup celle de la tuberculose. Il nous est arrivé fréquemment d'observer des enfants, atteints d'une pleurésie purulente, non tuberculeuse, qu'on n'avait pas traitée, ou d'une broncho-pneumonie rubéoleuse passée à l'état chronique, s'amaigrir considérablement et prendre, avec l'aspect squelettique, cette teinte cireuse de la peau, si spéciale aux tuberculés. L'idée d'une tuberculose s'impose au premier abord chez des enfants ainsi atteints; la présence de nombreux râles dans les poumons, l'existence même d'un souffle, rendent très vraisemblable l'existence de la tuberculose. L'évolution de la maladie permet seule de se faire une idée exacte de sa nature. Il suffit de pratiquer l'empyème, chez les enfants atteints de pleurésie purulente

ancienne, négligée, pour voir s'améliorer très vite l'état général et disparaître l'aspect cachectique qui semblait en faire des tuberculeux.

Chez les enfants atteints de broncho-pneumonie chronique non tuberculeuse, on voit aussi très rapidement, avec la disparition graduelle des signes pulmonaires, se modifier l'état général. Les forces reviennent, l'enfant engraisse et retrouve bientôt le bon état de santé qu'il avait avant sa broncho-pneumonie. Pareille amélioration n'existe pas dans la tuberculose. Dans quelques cas, très rares il est vrai, la broncho-pneumonie fait des progrès, et la cachexie du petit malade augmente. Elle finit, après un temps plus ou moins long, par amener la mort de l'enfant. Dans les cas de ce genre, le diagnostic est resté hésitant jusque dans les derniers jours; l'idée d'une infection tuberculeuse a fini par l'emporter, et l'on est étonné de ne trouver à l'autopsie que des lésions de broncho-pneumonie chronique. Aucun organe ne renferme de tuberculose.

L'affaiblissement, l'état cachectique de ces enfants atteints de broncho-pneumonie chronique, relèvent d'une intoxication générale, qui a son point de départ dans les foyers de suppuration pulmonaire. Parfois même ces broncho-pneumonies chroniques s'accompagnent d'une infection de l'organisme par les microbes qui ont produit la lésion pulmonaire. Cette infection se traduit par de la fièvre avec grandes oscillations, parfois même par des poussées successives d'abcès sous-cutanés, qui, par la teinte violacée de la peau qui les recouvre, rappellent les gommés cutanées tuberculeuses. Quand la cachexie aura pour cause une pyodermie prolongée, l'examen de la peau permettra de la reconnaître aisément. Dans certains cas, le diagnostic de tuberculose généralisée chronique est rendu plus difficile par ce fait que le même enfant est aux prises avec plusieurs infections cachectisantes. C'est ainsi qu'on voit souvent un bébé tuberculeux atteint de gastro-entérite chronique; il n'est pas toujours aisé, en ce cas, de voir ce qui appartient à l'une et à l'autre des deux cachexies : tuberculeuse et gastro-intestinale.

Il nous resterait, pour compléter ce chapitre, à établir le diagnostic pour les formes généralisées aiguës (granulie) et les formes localisées aiguës ou chroniques. Traiter ici cette partie du diagnostic serait faire double emploi avec ce qui sera dit aux chapitres qui traiteront spécialement la pneumonie caséuse, la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë, la tuberculose pulmonaire chronique, la péritonite tuberculeuse, la méningite, etc.

Nous devons cependant dire un mot des différents procédés de laboratoire que nous avons à notre disposition pour déceler le bacille de Koch. Celui-ci doit être recherché dans les crachats, dans les épanchements pleurétiques, dans le liquide céphalo-rachidien, exceptionnellement dans les matières fécales et dans l'urine.

Crachats. — On les recueille chez les enfants en prélevant, à l'aide d'un tampon, les mucosités pharyngées, ou en lavant l'estomac le matin au réveil (Meunier). On les colore par les méthodes habituelles (Ehrlich, Ziehl). Tout récemment M. Jousset a publié un nouveau procédé (inoscopie) pour déceler rapidement le bacille de Koch, même quand il existe en très petit nombre, mais MM. Bezançon et Griffon ont fait remarquer que la méthode de

M. Jousset était passible de nombreuses erreurs. Il faut donc attendre avant de se prononcer définitivement et, pour le moment, il convient de ne pas abandonner les méthodes anciennes qui ont fait leur preuve.

Dans les matières fécales il est parfois utile de rechercher les bacilles de Koch; on les y rencontre assez rarement. Les urines en renferment rarement; il faut faire la centrifugation pour avoir chance de trouver des bacilles.

La recherche des bacilles dans les épanchements séro-fibrineux (pleurésie, péritonite), dans le liquide céphalo-rachidien des méningites tuberculeuses, donne des résultats variables : on colore difficilement le bacille dans le liquide des pleurésies et péritonites tuberculeuses, on le décèle beaucoup plus constamment dans le liquide céphalo-rachidien où il est très virulent (Widal, Bezançon et Griffon). Quand on n'a pas trouvé de bacilles dans des épanchements pleuraux et péritonéaux de nature suspecte, on peut démontrer la nature tuberculeuse de ces épanchements par l'étude des éléments cellulaires qu'ils renferment, par la culture et par l'inoculation aux animaux.

L'étude cytologique des épanchements séro-fibrineux et du liquide céphalo-rachidien a été faite par M. Widal et ses élèves Ravaut et Sicard. Nous ne pouvons que signaler les résultats intéressants obtenus, on en trouvera les détails dans l'article de MM. Widal et Ravaut dans le *Traité de pathologie générale* (tome V, page 595 et suivantes). Nous rappellerons seulement que les liquides de nature tuberculeuse renferment presque exclusivement des lymphocytes. La culture du bacille tuberculeux n'est pas chose aisée, mais, en ensemençant le liquide sur sang gélosé (méthode de Bezançon et Griffon), on arrive à cultiver le bacille de Koch provenant d'un liquide de pleurésie, mais ce fait n'est pas constant. Par contre, le liquide céphalo-rachidien des méningites tuberculeuses cultive toujours. L'inoculation aux animaux — et de préférence au cobaye — se fait soit dans le péritoine, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané — mais il faut plusieurs semaines pour obtenir un résultat. La méthode que viennent de recommander MM. Griffon et Nathan-Larrier (inoculation du liquide suspect dans la mamelle d'une femelle en lactation) a sur les précédentes l'avantage de renseigner très rapidement.

Pronostic. — Le pronostic de la tuberculose est plus sévère chez les enfants que chez les adultes; il est d'autant plus inexorable que l'enfant est plus jeune. Cela tient à la tendance à la diffusion qui caractérise la tuberculose infantile. Est-ce à dire que la guérison n'est pas possible? Certainement non. Ces foyers tuberculeux anciens, fibreux ou crétaés, qu'on rencontre chez les enfants morts accidentellement ou de maladie infectieuse, sont la preuve qu'une tuberculose peut s'arrêter dans son évolution. Ce n'est souvent qu'une trêve et, après une période plus ou moins longue, la maladie peut reprendre. Mais, dans d'autres circonstances, rien ne permet de mettre en doute la curabilité absolue, définitive de la tuberculose. Il importe, au plus haut point, en conséquence, de reconnaître l'affection à ses débuts, de la dépister alors qu'elle est localisée encore au niveau de la porte d'entrée. Quand la généralisation s'est produite, en effet, il n'y a guère plus à espérer la guérison. Une trêve se voit, mais l'arrêt définitif doit être bien rare.