Les signes physiques sont également très effacés. A moins que la masse des ganglions n'atteigne un grand volume, on la sent difficilement à travers la paroi abdominale. On arrive quelquefois à la reconnaître par le toucher rectal.

L'adénopathie mésentérique, décrite autrefois sous le nom de *carreau*, était très largement dotée au point de vue symptomatique, car on rapportait à cette affection, la tuberculose ulcéreuse de l'intestin, la péritonite tuberculeuse, le gros ventre des dyspeptiques rachitiques.

4° **Diagnostic.** — Le signe certain dans la tuberculose ulcéreuse est la constatation des bacilles de Koch dans les selles. Dans sa forme primitive, elle se confond souvent avec la *colite ulcéreuse du nourrisson.*

La localisation de la tuberculose au niveau de l'appendice crée une variété de cette affection, l'*appendicite spécifique* qui est associée souvent à de la péritonite localisée de même nature, et susceptible de débuter d'une façon aiguë comme une appendicite simple.

La tuberculose des ganglions mésentériques doit être distinguée de la *péritonite tuberculeuse,* dont les indurations sont plus superficielles, plus étalées, et qui s'accompagne d'ailleurs d'autres phénomènes caractéristiques. Toutes les tumeurs abdominales, *sarcomes du rein, tumeurs stercorales,* etc., s'en différencient très aisément.

5° **Pronostic.** — Le pronostic est fatal, dans la forme granulique, très grave dans la forme ulcéreuse secondaire à la tuberculose pulmonaire; grave, mais susceptible d'amélioration dans la forme primitive. Le pronostic, tout en étant relativement moins sérieux dans l'adénopathie mésentérique, doit toujours être réservé, en raison de la généralisation possible de l'infection.

6° **Traitement.** — C'est celui de la tuberculose en général, aussi bien au point de vue prophylactique qu'au point de vue thérapeutique proprement dit : toniques généraux, séjour au bord de la mer, à la montagne, médication iodo-tannique, arsenicale, phosphatée, huile de foie de morue, s'il n'y a pas de diarrhée.

Si celle-ci existe, on aura recours au sous-nitrate de bismuth, au tannigène, à la poudre de talc à dose massive suivant la méthode de Debove. L'alimentation comprendra l'usage de viande crue, de blancs d'œuf, de riz ou de crème de riz.

On insistera sur la révulsion sous forme de badigeonnages iodés sur l'abdomen, de pointes de feu, de vésicatoires volants.

ARTICLE VII

VERS INTESTINAUX

On a rencontré chez les enfants les différents helminthes observés chez l'adulte : *tænia solium, médiocannellata, bothriocéphale, le tænia nana, l'ankylostome duodénal.* Nous n'en ferons pas l'étude, car ils produisent aux différents âges des symptômes analogues, sauf en ce qui concerne certains effets réflexes que nous retrouverons à propos des ascarides lombricoïdes. Le traitement est le même, il suffit de réduire la dose des médicaments. Les seuls parasites qui nous paraissent mériter une mention spéciale sont les ascarides lombricoïdes et les oxyures vermiculaires.

§ 1. — Ascaride lombricoide

1° **Histoire naturelle.** — Désigné sous le nom de *lombric, d'ascaris lombricoïde,* c'est un ver cylindrique, effilé aux extrémités : la femelle est longue de 20 à 30 centimètres, à extrémité caudale droite, la vulve est ventrale, dans la région antérieure du corps. Le mâle a 15 à 20 centimètres de long; son extrémité caudale est recourbée, garnie de deux spicules rigides. Tous deux sont striés, ont une bouche entourée de trois valves chitineuses. Il y a 3 à 4 fois plus de femelles que de mâles.

La femelle pond des œufs ronds, larges de 50 à 60 μ, granulés dans leur intérieur, munis d'une coque double et solide. Ils

sont toujours entourés d'une enveloppe albumineuse, irrégulière, imbibée de matière colorante stercorale, qui la teint en brun ou en jaune. Les œufs sont nombreux, on en trouve toujours plusieurs dans une parcelle de fèces grosse comme une tête d'épingle (Davaine). L'œuf ne se développe pas dans l'intestin où il a été pondu, il est expulsé et peut résister un temps très long, plusieurs années (Davaine).

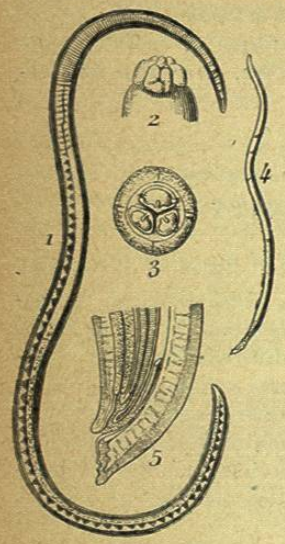

Fig. 41.

1, 1, ascaride lombricoïde femelle. — 2, son extrémité antérieure grossie. — 3, la même vue de face, avec la bouche au centre, entourée de trois mamelons. — 4, ascaride mâle, grandeur naturelle. — 5, son extrémité postérieure grossie.

Généralement, s'il est dans de bonnes conditions d'humidité et de température, il donne naissance en cinq ou six mois à un embryon cylindrique, long de 1 à 4 millimètres. Cet embryon reste dans l'œuf jusqu'à ce qu'il trouve un milieu favorable à sa libération. Pour Leukart, von Linstow, l'embryon ne devient libre que dans son passage à travers l'intestin d'un myriapode. Pour Davaine, Grassi, cet intermédiaire est inutile. La larve se développe directement dans l'intestin humain. Epstein l'a démontré par l'ingestion de ces larves à trois enfants qui ont présenté des œufs deux mois après. L'embryon libéré arrive rapidement à l'état adulte, sans qu'on connaisse bien les transformations subies.

2° Étiologie. — Les œufs pénètrent dans le tube digestif par l'eau de boisson, par les aliments crus arrosés d'eau contaminée ou en contact avec le sol contaminé, salades, navets, carottes, fraises. Parfois, les enfants portent directement à la bouche des particules de terre, accidentellement en jouant ou volontairement, en cas de géophagie. Giarré a observé une lombricose grave chez une fillette de deux ans, géophage. L'eau est

le principal agent de transmission, elle provient souvent d'une source adultérée par la pénétration de matières fécales ou de poussières (eau des ruisseaux, des puits mal protégés contre les infiltrations des fosses d'aisances).

Ces données nous expliquent la rareté de la lombricose chez les nourrissons et chez les adultes, son maximum de fréquence de trois à douze ans, la proportion plus grande à la ville qu'à la campagne. Epstein a trouvé des œufs dans les selles d'enfants 2 fois sur 100 à la campagne, 4 fois sur 100 à la ville. Ces chiffres n'ont rien d'absolu et souvent les conditions favorisantes sont mieux réalisées à la campagne qu'à la ville.

Les troubles digestifs favorisent le développement des œufs, surtout s'il y a de la diarrhée.

L'influence favorisante de la chaleur explique la fréquence des ascarides dans les pays chauds, de même que la transmission hydrique rend compte de certaines épidémies à la suite de grandes pluies, d'inondations (épidémie de Vienne, en 1852).

L'âge joue un rôle incontestable, indépendamment de toute autre influence. Il n'est pas douteux que l'intestin de l'enfant se prête beaucoup mieux que celui de l'adulte au développement de l'helminthiase.

3° Anatomie pathologique. — Les ascarides sont généralement peu nombreux : 2 à 6. Dans certains cas, on en a signalé des centaines. Giarré a vu expulser par son enfant géophage 300 ascarides en quelques jours. J'ai reconnu, à l'autopsie d'un vagabond mort de misère, que la cavité intestinale fourmillait d'ascarides qui avaient probablement contribué à la mort.

Les ascarides sont logés de préférence dans l'intestin grêle, mais depuis Davaine, on sait qu'ils peuvent émigrer, pénétrer dans le gros intestin, l'estomac, l'œsophage, d'où ils sont éliminés par la bouche, les fosses nasales, la trompe d'Eustache, les voies respiratoires. Parfois ils s'introduisent dans les canaux pancréatiques, plus souvent dans les voies biliaires, déterminant de l'angiocholite suppurée ou des abcès du foie. On a trouvé des ascarides dans les péritonites suppurées avec ou sans perforation intestinale, et dans des abcès dits *vermineux* de la

sont toujours entourés d'une enveloppe albumineuse, irrégulière, imbibée de matière colorante stercorale, qui la teint en brun ou en jaune. Les œufs sont nombreux, on en trouve toujours plusieurs dans une parcelle de fèces grosse comme une tête d'épingle (Davaine). L'œuf ne se développe pas dans l'intestin où il a été pondu, il est expulsé et peut résister un temps très long, plusieurs années (Davaine).

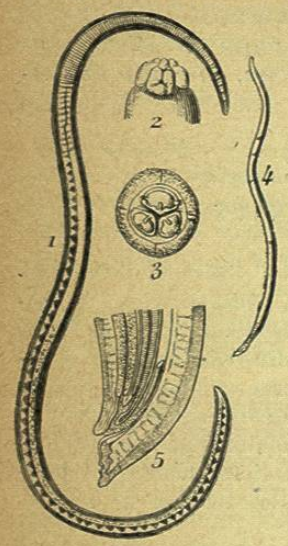

Fig. 41.

1, 1, ascaride lombricoïde femelle. — 2, son extrémité antérieure grossie. — 3, la même vue de face, avec la bouche au centre, entourée de trois mamelons. — 4, ascaride mâle, grandeur naturelle. — 5, son extrémité postérieure grossie.

Généralement, s'il est dans de bonnes conditions d'humidité et de température, il donne naissance en cinq ou six mois à un embryon cylindrique, long de 1 à 4 millimètres. Cet embryon reste dans l'œuf jusqu'à ce qu'il trouve un milieu favorable à sa libération. Pour Leukart, von Linstow, l'embryon ne devient libre que dans son passage à travers l'intestin d'un myriapode. Pour Davaine, Grassi, cet intermédiaire est inutile. La larve se développe directement dans l'intestin humain. Epstein l'a démontré par l'ingestion de ces larves à trois enfants qui ont présenté des œufs deux mois après. L'embryon libéré arrive rapidement à l'état adulte, sans qu'on connaisse bien les transformations subies.

2° Étiologie. — Les œufs pénètrent dans le tube digestif par l'eau de boisson, par les aliments crus arrosés d'eau contaminée ou en contact avec le sol contaminé, salades, navets, carottes, fraises. Parfois, les enfants portent directement à la bouche des particules de terre, accidentellement en jouant ou volontairement, en cas de géophagie. Giarré a observé une lombricose grave chez une fillette de deux ans, géophage. L'eau est

le principal agent de transmission, elle provient souvent d'une source adultérée par la pénétration de matières fécales ou de poussières (eau des ruisseaux, des puits mal protégés contre les infiltrations des fosses d'aisances).

Ces données nous expliquent la rareté de la lombricose chez les nourrissons et chez les adultes, son maximum de fréquence de trois à douze ans, la proportion plus grande à la ville qu'à la campagne. Epstein a trouvé des œufs dans les selles d'enfants 2 fois sur 100 à la campagne, 4 fois sur 100 à la ville. Ces chiffres n'ont rien d'absolu et souvent les conditions favorisantes sont mieux réalisées à la campagne qu'à la ville.

Les troubles digestifs favorisent le développement des œufs, surtout s'il y a de la diarrhée.

L'influence favorisante de la chaleur explique la fréquence des ascarides dans les pays chauds, de même que la transmission hydrique rend compte de certaines épidémies à la suite de grandes pluies, d'inondations (épidémie de Vienne, en 1852).

L'âge joue un rôle incontestable, indépendamment de toute autre influence. Il n'est pas douteux que l'intestin de l'enfant se prête beaucoup mieux que celui de l'adulte au développement de l'helminthiase.

3° Anatomie pathologique. — Les ascarides sont généralement peu nombreux : 2 à 6. Dans certains cas, on en a signalé des centaines. Giarré a vu expulser par son enfant géophage 300 ascarides en quelques jours. J'ai reconnu, à l'autopsie d'un vagabond mort de misère, que la cavité intestinale fourmillait d'ascarides qui avaient probablement contribué à la mort.

Les ascarides sont logés de préférence dans l'intestin grêle, mais depuis Davaine, on sait qu'ils peuvent émigrer, pénétrer dans le gros intestin, l'estomac, l'œsophage, d'où ils sont éliminés par la bouche, les fosses nasales, la trompe d'Eustache, les voies respiratoires. Parfois ils s'introduisent dans les canaux pancréatiques, plus souvent dans les voies biliaires, déterminant de l'angiocholite suppurée ou des abcès du foie. On a trouvé des ascarides dans les péritonites suppurées avec ou sans perforation intestinale, et dans des abcès dits *vermineux* de la

paroi abdominale, particulièrement dans la région de l'ombilic.

On a tenté d'expliquer la présence des vers intestinaux dans des foyers sans communication avec l'intestin, en admettant qu'ils cheminaient à travers les parois intestinales sans laisser trace de leur passage. Davaine admet qu'il y a toujours au préalable une lésion intestinale, laquelle peut disparaître après la formation de l'abcès vermineux. Il est vraisemblable que les ascarides par eux-mêmes peuvent déterminer des altérations inflammatoires ou nécrotiques de la paroi digestive, ainsi qu'en témoignent des observations récentes (Chauffard, Sabrazès et Vidal, Variot, Zoloff). Metschnikoff a signalé le rôle de l'ascaride dans le développement de l'appendicite (voy. certide appendicite).

4° Symptômes. — Nous admettrons de symptômes habituels, des accidents de migration, des accidents mécaniques, des accidents infectieux et réflexes.

a *Symptômes habituels.* — On a chargé la symptomatologie de la lombricose, en lui rapportant tous les troubles dyspeptiques ou nerveux des enfants : inappétence, boulimie, coliques, irritabilité, insomnie, terreurs nocturnes. Le tableau classique pour le vulgaire est celui d'un enfant pâle, aux yeux cernés, aux pupilles dilatées, à l'haleine forte, qui a constamment les doigts dans le nez. En fait, les seuls signes certains sont fournis par l'examen des selles qui renferment toujours des œufs.

b. *Accidents de migration.* — La pénétration des ascarides dans l'*estomac* détermine des vomissements avec évacuation du corps du délit, précédés de douleurs et d'efforts violents, qui en imposent pour une obstruction intestinale ou une appendicite (Fason, thèse de Paris, 1901).

La migration dans le *larynx* produit la mort par suffocation rapide (Davaine).

Les *suppurations, péritonite, abcès du foie, abcès de la paroi abdominale* sont rarement rapportées à leur véritable cause.

c. *Accidents mécaniques.* — Bretonneau a vu chez un enfant mort d'obstruction intestinale deux paquets de lombrics qui

occupaient toute la lumière de l'intestin. Depuis on a signalé un certain nombre de cas semblables.

d. *Accidents infectieux.* — La présence d'ascarides en grand nombre est susceptible de produire un état rappelant la *fièvre typhoïde*, qui disparaît après l'expulsion de vers (Chauffard). J'ai vu un cas semblable, où on avait fait le diagnostic de

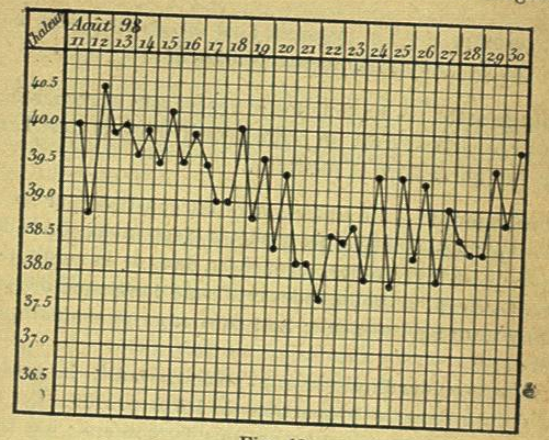

Fig. 42.
Lombricose à forme typhoïde.

typhoïde. Dans la plupart des états fébriles sérieux, les ascarides, s'il en existe, quittent l'intestin. Il ne faut pas confondre ces faits, très fréquemment observés, avec la fièvre due à la lombricose. Sabrazès et Vidal ont publié des cas d'helminthiase *à forme dysentérique.*

e. *Accidents réflexes.* — On a rapporté de nombreux faits de guérison, à la suite de l'expulsion de lombrics, d'états nerveux variables : terreurs nocturnes, convulsions, chorée, tétanie, troubles délirants ou hallucinatoires, amblyopie. Il s'agit certainement de sujets prédisposés, souvent hystériques. Peut-être faut-il faire une part à l'intoxication : Chanson[1] a fait

[1] Chanson, *J. de clin. et thér. inf.*, 1898.

remarquer que les naturalistes qui manipulent les ascarides ont souvent des conjonctivites, des coryzas, des éruptions. J'ai observé dans un cas des coliques atroces survenant irrégulièrement, se répétant avec fréquence pendant des mois; une affection accidentelle ayant emporté le malade, je pus reconnaître à l'autopsie la présence de nombreux ascarides.

5° Pronostic. — Le pronostic est en général très bénin, sauf en cas de complications exceptionnelles.

6° Diagnostic. — Le diagnostic repose sur la recherche des œufs dans les selles; c'est un signe décisif. Parfois c'est l'expulsion du ver qui éclaire le médecin.

7° Traitement. — Le *semen contra* est constitué par les capitules non épanouis de certaines variétés d'artemisia. On le donne à la dose de 1 à 6 grammes, en cachets, dans de la confiture, en dragées, en sirop. Celui du codex renferme 1 gramme de poudre pour 20 gramme de véhicule. Son goût amer et aromatique l'a fait délaisser.

On se sert aujourd'hui de son principe actif, la *santonine* qui s'y trouve dans la proportion de 1 à 2 p. 100. Les doses sont de 2 à 5 centigrammes au-dessous de trois ans; 5 à 20 centigrammes au-dessus. On l'a incorporée à des tablettes (Calloud) renfermant 25 milligrammes, à des dragées de 25 milligrammes, à des pastilles de chocolat et des biscuits qui en renferment 5 centigrammes. La santonine ne doit pas être administrée à jeun, il importe qu'elle passe dans l'intestin et qu'elle échappe à l'absorption de l'estomac. West la prescrit le soir et donne le lendemain matin de l'huile de ricin. En effet, la santonine étourdit l'ascaride qui passe dans le gros intestin dont l'expulse ensuite un lavement ou un purgatif.

L'emploi fréquent de la santonine, en dehors des prescriptions médicales, doit éveiller l'attention sur la possibilité d'intoxications : A dose thérapeutique, la santonine produit la xanthopsie (vision jaune), une coloration rouge ou jaune de l'urine suivant que celle-ci est acide ou alcaline. A dose plus forte, on note de la pâleur, du refroidissement, des vomissements, de la mydriase,

de l'aphasie, des convulsions. Durbec [1] a signalé plusieurs cas de mort. En général, la guérison a lieu rapidement. Le plus souvent les doses ont été excessives, soit de 20 à 30 centigrammes, mais on note des accidents avec 10 centigrammes, avec 6 centigrammes (Binz, enfant de vingt-cinq mois), 5 centigrammes (Duclaux, enfant de trois ans; Laure, enfant de trois ans).

L'élimination de la santonine par l'urine (coloration rouge ou jaune) est lente. Aussi croyons-nous pour éviter l'accumulation ne pas donner la santonine plusieurs jours de suite, mais laisser un intervalle d'un ou deux jours entre les prises.

La santonine est le médicament de choix. Si l'enfant présente une susceptibilité particulière à son endroit, on aura recours au calomel, moins sûr.

§ 2. — Oxyures vermiculaires

1° Histoire naturelle. — Les oxyures, de la même famille que les lombrics, sont filiformes, blancs. Le mâle, long de 2 à 4 millimètres est enroulé en spirale, présente un seul spicule près de l'anus. L'extrémité caudale forme une espèce de cupule. La femelle de 1 centimètre de long, a une queue aiguë, une vulve au tiers antérieur du corps. Dans les deux sexes, la tête ailée est munie d'une

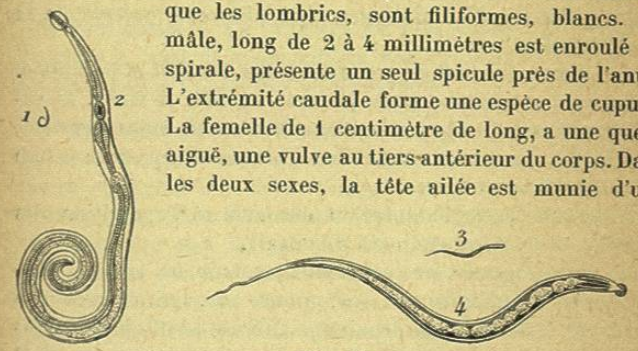

Fig. 43.

1, oxyure vermiculaire mâle, grandeur naturelle. — 2, le même grossi avec son extrémité caudale contournée en spirale. — 3, oxyure femelle, grandeur naturelle. — 4, la même grossie, avec son extrémité caudale rectiligne et effilée.

bouche avec trois pièces comme l'ascaride lombricoïde. Il y a un mâle pour neuf femelles (Leuckart). Les œufs ovoïdes, longs

[1] Durbec, Th. de Lyon, 1887.

de 52 μ ont un contenu granuleux entouré d'une coque. Les oxydures habitent le cæcum, le gros intestin surtout sa partie terminale. C'est là qu'ils pondent. Les œufs n'éclosent pas dans le rectum. Il faut qu'ils repassent par les voies digestives supérieures, dont les sucs, surtout le suc gastrique, attaquent leur coque. Il n'y a pas besoin de passage dans un autre animal. Leukart en avalant des œufs a retrouvé des oxyures dans ses selles.

2° **Étiologie.** — La transmission se fait comme pour les lombrics, par l'eau, la terre, les crudités. De plus les sujets se réinfectent eux-mêmes, car le prurit anal provoqué par les oxyures détermine des grattages, la contamination des doigts et assez souvent par leur intermédiaire, la pénétration dans la bouche.

L'infection peut se produire d'un sujet à l'autre par la cohabitation, les attouchements, la communauté des linges. On observe souvent l'helminthiase chez plusieurs enfants de la même famille.

Les oxyures existent de préférence chez l'enfant et la femme. Ils habitent le rectum, mais peuvent envahir la vulve, le vagin, le prépuce, l'urètre, exceptionnellement les voies digestives supérieures. Frœlich[1] a signalé un abcès vermineux de la marge de l'anus dû aux oxyures.

L'intervalle entre l'absorption des œufs et l'apparition des oxyures est de quartorze jours (Leukart).

Les oxyures persistent quelquefois pendant des années. Cruveilhier en a vu durer dix ans, quinze ans. J'ai observé une femme de trente ans qui depuis son enfance souffrait d'oxyures et qui en avait des quantités énormes dans le rectum et le vagin, lequel était le siège d'une inflammation chronique. Le nombre des oxyures peut être en effet considérable.

3° **Symptômes.** — Le symptôme plus important est un prurit qui se montre surtout le soir, lorsque l'enfant se couche, sous

[1] Frœlich, *Revue des mal. de l'Enf.*, 1887.

l'influence de la chaleur du lit. Ce prurit est toujours intermittent et périodique.

Il entraîne souvent des lésions de grattage, prurigo périfessier, écorchures, furoncles : souvent aussi il mène à l'onanisme, particulièrement chez les petites filles. On constate aussi des symptômes d'irritation de la muqueuse anale, rougeurs, érosions, avec sécrétions muqueuses, parfois striées de sang, exceptionnellement purulentes ; mêmes lésions du côté de la vulve. Ces altérations entraînent la production de quelques troubles intestinaux : sensation de corps étranger, élancements douloureux, faux besoins.

Il existe aussi des réactions nerveuses analogues à celles que nous avons signalées à propos des lombrics.

4° **Diagnostic.** — En écartant les plis de l'anus, on reconnaît souvent la présence d'un oxyure. Celui-ci se trouve aussi dans les selles, ainsi que ses œufs.

5° **Pronostic.** — Le pronostic est plus sérieux que celui des ascarides, à cause de la ténacité du mal, des réinfections faciles, des tendances à l'onanisme qu'il provoque.

6° **Traitement.** — Les oxyures occupent surtout la partie inférieure du gros intestin, mais ils se tiennent aussi dans le cæcum et parfois à la fin de l'intestin grêle. Aussi faut-il combiner la *désinfection descendante* avec la *désinfection ascendante*.

La première sera réalisée par les anthelmintiques, calomel, santonine ; la seconde par les lavements ou même l'entéroclyse. Différents liquides ont été employés : eau froide, eau salée, eau sucrée, cette dernière assez efficace, eau boriquée, eau sulfureuse, eau savonneuse, solution de sublimé à titre faible. L'important est de répéter ces lavements ou lavages tous les jours jusqu'à la disparition complète des œufs. Quelques auteurs ont recours à des suppositoires : quassia, asa fœtida. Les œufs logent parfois dans les plis de l'anus, sur la peau, dans les produits épidermiques dus aux lésions de grattage. Il faut donc désinfecter la région fessière par des lavages au sublimé, des applications d'onguent napolitain, des bains de siège quotidiens dans

une solution de sublimé ou d'acide borique : mêmes soins pour la vulve.

Les enfants atteints d'oxyure auront les ongles coupés ras, les doigts enduits d'une substance amère, comme le quassia (Nicholson) pour éviter le transport des œufs à la bouche.

Eviter la promiscuité avec d'autres enfants.

Schmitz[1] recommande le traitement suivant : Commencer par un purgatif, puis donner de la naphtaline pendant deux jours de suite; laisser un intervalle de huit jours, reprendre la naphtaline deux jours. Dose de naphtaline : 4 paquets de 2 à 5 centigrammes suivant l'âge par jour, dans l'intervalle des repas, en tout 45 à 50 centigrammes chez les jeunes enfants, 1 gr. 20 chez les sujets plus âgés, pas de graisse ni d'huile pendant que l'enfant prend la naphtaline, pour éviter l'absorption, la naphtaline se dissolvant dans les corps gras.

ARTICLE VIII

CONSTIPATION

La constipation est constituée par la rétention des matières fécales dans l'intestin, sans obstruction de ce dernier.

1° Étiologie. — La constipation est *symptomatique* ou *essentielle* : la constipation essentielle relève à peu près exclusivement d'une erreur de régime ou d'une disposition congénitale de l'intestin.

A. Constipation symptomatique. — La constipation symptomatique n'est qu'un phénomène accessoire dans un grand nombre de maladies générales ou locales.

On la voit au début des fièvres éruptives, sauf la rougeole, très marquée dans la variole, dans les affections aiguës du poumon, dans l'embarras gastrique fébrile, dans certaines formes de fièvre typhoïde dites constipées, dans les affections des centres nerveux, hydrocéphalie, mais surtout méningite tuberculeuse,

[1] Schmitz, *Jahrb. f. Kindh.*, 1883.

dans tous les états pseudo-méningitiques qui se rencontrent parfois chez l'enfant dans les maladies aiguës.

La constipation se montre aussi dans certaines lésions qui frappent plus spécialement l'intestin. La fissure à l'anus, rare chez l'enfant, succède parfois à des diarrhées irritantes, souvent aussi elle n'est qu'un résultat de la constipation. Dans tous les cas elle aggrave et entretient ce symptôme. Ce qu'on voit plus souvent que la fissure proprement dite, c'est l'érosion anale, qui entretient une constipation volontaire. Elle se reconnaît à ce fait que l'enfant crie au moment d'aller à la selle sans avoir de coliques entre les selles. L'enfant repousse énergiquement l'introduction d'une canule ou d'un thermomètre. L'érosion anale cède rapidement à quelques légères cautérisations. La constipation est la règle dans l'appendicite, dans la péritonite simple ou tuberculeuse : dans ce dernier cas, elle alterne généralement avec de la diarrhée. On l'observe aussi dans une affection que j'ai décrite avec M. Péhu sous le nom de pylorospasme essentiel, et où la rareté des selles fait contraste avec la fréquence des vomissements. La constipation est de règle dans les tumeurs abdominales, avec compression et refoulement total de l'intestin ou compression partielle : tumeurs de l'intestin, du rein, de la rate, etc.

Nous ne faisons pas rentrer dans la constipation les cas de rétention absolue des matières, dans l'imperforation de l'anus, dans les anomalies de l'intestin avec oblitération ou scission du tube digestif, dans l'étranglement interne, tout au plus pourrait-on la signaler dans l'invagination et l'obstruction par coprostate dont elle est souvent la cause première. C'est qu'en effet, dès qu'il y a suppression de la perméabilité de l'intestin en un point de son trajet, le tableau change; à la constipation s'ajoutent des phénomènes de retentissement nerveux, paralysie des parties situées au-dessus de l'obstacle, tympanisme, péritonisme, etc..., qui n'ont rien de commun avec la constipation, telle que nous la comprenons.

B. Constipation essentielle. — La constipation essentielle est celle qui constitue le symptôme dominant dans le tableau

morbide. Les causes ne sont pas toutes élucidées. Nous les distinguerons en causes efficientes et causes prédisposantes.

a. *Causes efficientes.* — Les plus importantes, parmi celles-ci sont l'allaitement artificiel, la dyspepsie gastro-intestinale chronique, la dilatation congénitale du côlon ou maladie de Hirschprung, l'exagération des inflexions de l'S iliaque.

Allaitement artificiel. — L'allaitement artificiel, très répandu depuis la vulgarisation du lait stérilisé, favorise la constipation. La richesse du lait de vache en caséine et en sels de chaux (Henoch), sa pauvreté en graisse et en sucre, contribuent à ce résultat. L'usage précoce de féculents favorise aussi la constipation.

Dyspepsie gastro-intestinale chronique. — Cette affection n'est souvent qu'une conséquence de l'allaitement artificiel et de la surcharge mécanique du tube digestif. Il s'établit une constipation entrecoupée de débâcles diarrhéiques. Souvent il y a de la colite muco-membraneuse, souvent aussi le ventre est gros, en forme de ventre de batracien, relâché, avec éventration médiane et même latérale. L'intestin est allongé (Marfan), distendu dans sa partie colique. Et ainsi par suite de la parésie des muscles de l'expulsion, la constipation s'établit à la suite des troubles digestifs de forme variable qui ont marqué les premières étapes de la dyspepsie alimentaire.

Maladie de Hirschprung. — On désigne ainsi la dilatation congénitale du côlon, *megacôlon congénital.* Le côlon a un calibre énorme par suite d'une anomalie de développement. De là coprostase, hypertrophie compensatrice des muscles de l'intestin, processus d'irritation et d'infection aboutissant à des lésions variables : colite ulcéreuse, inflammation interstitielle des parois (Mya). On ne connaît encore qu'un petit nombre d'observations relatives à cette lésion. Marfan considère la mégacôlon non pas comme la cause, mais comme la conséquence de la constipation congénitale[1] qui serait due exclusivement à l'exagération des inflexions de l'S iliaque. Hirschprung en a observé un nouvel exemple à deux mois. Le caractère diagnostique

[1] Cependant on l'a observée à 7 mois (Hirchsprung), à 5 mois (Mya).

essentiel consista dans l'alternance d'un ballonnement énorme du ventre et du dégonflement brusque à l'occasion des évacuations; il n'y eut ni vomissements, ni fièvre. L'autopsie démontra l'absence de toute ulcération.

Exagération des inflexions de l'S iliaque. — Les inflexions de l'S iliaque sont plus accusées chez le nourrisson que chez l'adulte (Huguier). Parfois les anses infléchies forment de véritables boucles. Ces trajets tortueux ont pour effet de ralentir la circulation de matières.

b. *Causes prédisposantes, âge.* — La constipation essentielle se voit chez les nourrissons. Elle est *congénitale* (inflexions de l'S iliaque, maladie de Hirchsprung), ou se montre dans les premiers mois qui suivent la naissance (allaitement artificiel, dyspepsie gastro-intestinale). Elle se prolonge souvent jusqu'à la seconde enfance et parfois au delà.

On a trouvé le mégacôlon à dix ans (Hirchsprung), à douze ans (Rolleston, Warington, Howard).

La constipation du nourrisson se prolonge parfois pendant toute la vie, donnant lieu plus ou moins rapidement au syndrome de la colite muco-membraneuse.

Les constipations symptomatiques n'ont pas d'âge propre et se voient à toutes les périodes de l'enfance.

2° Symptômes. — La constipation symptomatique se traduit uniquement par la stase du contenu de l'intestin. Les matières obtenues à l'aide de lavements ou de purgatifs sont dures, plus ou moins fétides. La constipation s'accompagne tantôt de ballonnement du ventre, comme dans la péritonite, l'appendicite (*constipation paralytique*), tantôt de rétraction, dans la méningite, dans le méningisme (*constipation par contracture*), tantôt le ventre reste normal (*constipation par sécheresse*) comme dans les fièvres. La constipation symptomatique n'est qu'une épisode insignifiant, qui change peu l'allure de la maladie primitive.

La *constipation essentielle* a plusieurs degrés. Dès sa naissance, le nourrisson au lieu d'avoir deux ou trois selles molles, œufs brouillés par jour, n'en a qu'une ; souvent, il reste deux

ou trois jours sans rendre de matières : celles-ci sont épaisses, compactes, ont l'aspect et la consistance du mastic (MARFAN). L'exonération s'accompagne d'efforts, de congestion du visage.

A un degré de plus, la constipation amène du ballonnement du ventre ; les anses coliques se dessinent, les veines abdominales deviennent turgescentes, l'examen révèle des tumeurs stercorales dans la fosse iliaque gauche ou dans le rectum qu'on peut atteindre par le doigt.

Enfin l'état général se prend : la coprostase entraîne des lésions intestinales (colite muco-membraneuse, ulcéreuse, etc.), et des phénomènes généraux, amaigrissement, pâleur, agitation, convulsions, éruptions cutanées, cachexie.

3° Marche. — La constipation symptomatique suit l'évolution de l'affection pathogène. La constipation essentielle diminue généralement avec l'âge. Dans quelques cas, elle disparaît au moment du sevrage ; dans d'autres elle s'atténue dans le cours de la seconde enfance, parfois elle dure toute la vie. J'ai vu deux filles de treize à seize ans souffrant encore de constipation congénitale.

4° Complications. — Les efforts répétés d'évacuation donnent lieu à des *hernies*, du *prolapsus du rectum*, des *fissures anales*. Parfois la constipation se complique d'*obstruction* avec péritonisme, vomissements fécaloïdes, collapsus, etc. Parfois ce sont des infections qui surgissent de temps à autre : j'ai vu deux enfants, le frère et la sœur, avoir plusieurs fois par an, une fièvre continue à 40° pendant quelques jours, après une constipation prolongée.

5° Pronostic. — La constipation essentielle est une affection assez sérieuse, en raison de l'intensité et de la durée de quelques-unes de ses variétés.

6° Diagnostic. — Certains nourrissons ont des selles rares, une fois par jour, ou tous les deux jours, sans que l'apparence des selles soit anormale, sans troubles de la santé générale : ce sont des *accumulateurs* et non des constipés.

D'autres ont peu de selles, parce qu'ils ont une alimentation insuffisante, ce sont des *selles d'inanition*, telles sont en particulier celles du pylorospasme essentiel.

Dans tous les cas de constipation congénitale, on doit introduire le doigt ou une sonde molle dans le rectum, pour voir s'il n'y a pas un rétrécissement, une tumeur (polype).

Le ballonnement du ventre, avec tumeur stercorale peut être confondu avec la *péritonite tuberculeuse* ou avec des *tumeurs ganglionnaires*.

Il importe de reconnaître de bonne heure les lésions secondaires de la muqueuse colique ; on se basera sur la présence de glaires, de fausses membranes, de stries sanglantes à la surface des fèces ; on recherchera de bonne heure d'une façon générale les complications (obstruction, etc.).

7° Traitement. — Dans la *constipation symptomatique* il suffit de lavements ou de purgatifs (calomel, huile de ricin) pour rétablir les fonctions intestinales.

Le traitement de la *constipation essentielle* demande plus de développements.

Supprimer le lait de vache, mettre l'enfant au sein ; en cas d'impossibilité, employer un lait de vache dilué au 1/4, au 1/3 et additionné de sucre ou de lactose. On peut aussi se servir de lait *humanisé* ou *maternisé*. Eviter la surcharge du tube digestif, par un réglage soigneux des tétées.

S'il y a *inertie du côlon*, qu'elle soit congénitale (mégacôlon) ou consécutive à la dyspepsie, il faut rétablir sa contractilité par des frictions, du massage méthodique, l'électricité galvanique qui agit mieux sur les fibres lisses que le faradisme, les lavements d'eau à 45° qui exercent sur la fibre lisse une action tonique plus durable que le lavement froid. En même temps, on s'adresse à la paroi abdominale, dont le concours est utile dans l'acte de défécation, au moyen du massage, du faradisme, d'une ceinture serrée qui augmente la tension abdominale. Le traitement de la coprostase elle-même suffit dans les cas légers. Il comprend tous les moyens laxatifs : lavements d'eau, d'huile, de glycérine pure (une cuiller à café) ou diluée dans de

l'eau ; lavagss de l'intestin qui atteignent mieux le côlon, désagrègent les fèces et réalisent dans une certaine mesure l'asepsie du gros intestin ; suppositoires à la glycérine, au savon.

A l'intérieur, on donne des boissons lubréfiantes, comme la décoction de graines de lin, des substances huileuses, crème ajoutée au lait (Biedert), huile de foie de morue (1 à 2 cuillers à café par jour) (Bohn).

Les laxatifs proprement dits comprennent les sucres : *manne*, 10 à 15 grammes par jour, *lactose* (Traube), *miel*, *mélasse* ; ces différents corps peuvent être ajoutés au lait ou donnés en solution ou en nature avec la tétée ; *sirop de chicorée*, une à plusieurs cuillers à café par jour, avant les tétées. On emploie encore la *magnésie*, 1 à 2 grammes par jour, le *podophyllin*, 1/2 à 1 centigramme par jour, la *cascara sagrada*, 5 à 10 centigrammes par jour : ces différentes substances sont étendues d'eau sucrée ou de thé et données en deux ou trois fois avant les tétées.

Parfois, on a recours aux purgatifs proprement dits : *huile de ricin*, 1 à 2 cuillers à café, *calomel*, 5 à 10 centigrammes chez les nourrissons, *scammonée* (mêmes doses).

Enfin, dans les cas de tumeurs stercorales, on fragmente la masse avec le doigt ou avec une sonde en caoutchouc, si elle descend assez bas. On a recours au massage de l'S iliaque avec refoulement progressif et au lavement électrique suivant la méthode de Boudet de Paris.

ARTICLE IX

VOMISSEMENTS

Nous décrirons les vomissements particuliers à l'enfance, sans faire un chapitre de séméiologie complète. Nous distinguerons les vomissements de la première enfance et de la seconde enfance.

A. — Vomissements de la première enfance

Les vomissements de la première enfance comprennent la régurgitation, l'intolérance gastrique, le pylorospasme essentiel, la sténose congénitale, l'atrésie congénitale, le vomissement par suralimentation, les hématémèses du nouveau-né.

1° Régurgitation. — Le nourrisson *régurgite* avec une grande facilité le lait ingéré, soit de suite après la tétée pour se débarrasser du trop plein de son estomac, et en ce cas, le lait est liquide, soit au bout d'un temps qui varie de quelques minutes à une heure, spontanément ou à l'occasion d'un déplacement : dans ce dernier cas, le lait est caillé. La non-coagulation du lait, après un séjour d'une demi-heure, indique une altération profonde des glandes gastriques, qui ne fournissent plus le ferment lab.

La régurgitation est un phénomène presque physiologique, dû à la faible capacité de l'estomac, à son refoulement par le foie, à sa direction verticale. Elle ne porte d'ailleurs que sur de petites quantités de liquide.

Lorsque le vomissement, malgré le réglage méthodique des tétées, s'accentue et entraîne de grandes quantités de liquide, il faut distinguer plusieurs causes possibles :

2° Intolérance spécifique de l'estomac. — Si le contenu gastrique est altéré, répand une odeur aigre ou putride, s'il renferme des mucosités blanches ou bilieuses, il s'agit d'un trouble digestif proprement dit. Cette opinion se confirmera s'il y a en même temps de la diarrhée, des coliques, du ballonnement du ventre. On a à faire dans ce cas, à un début de gastro-entérite légère qu'il faudra traiter par les moyens prophylactiques et thérapeutiques décrits précédemment.

Il est à remarquer que le lait humain, et même le lait de la mère provoque parfois une véritable intolérance gastrique sans que ni la composition du lait, ni l'état général de la nourrice, ni l'état du sein permettent d'expliquer le fait. J'ai observé, comme beaucoup d'auteurs, cette particularité curieuse d'une façon très précise. Le lait de la mère administré à des intervalles de plusieurs jours provoquait toujours les mêmes effets, alors que le lait de vache ou d'ânesse était parfaitement toléré. Il ne faut pas hésiter dans ces conditions à changer la nourrice ou à pratiquer l'allaitement artificiel.