

Les déformations crâniennes sont parmi les plus précoces : les bosses frontales ou temporales font une saillie exagérée. Le ramollissement de l'occipital (crânio-tabes) est possible. Plus tard on ne sent pas s'oblitérer la fontanelle antérieure, comme à l'état normal, vers 18 mois. La tête est volumineuse et restera telle.

Le poignet s'élargit; c'est là un signe précoce indicateur de premier ordre. Parmi les nouures des épiphyses, c'est la première qui apparaît. Le thorax se déforme, élargi à sa base, rétréci à sa partie supérieure et creusé latéralement (nids axillaires); le sternum est saillant et la colonne dorso-lombaire s'incurve en cyphose. Enfin les courbures des membres inférieurs (genoux cagneux) et du bassin se prononcent. (V. RACHITISME.)

En dehors de la période de début où l'enfant est paresseux, il n'est pas rare d'avoir à faire à des petits nerveux hyperexcitables, aux yeux vifs et saillants. L'anémie est toujours accentuée et la boulimie habituelle. Ces petits êtres sont véritablement voraces.

Complications. — En dehors de celles qui ont été signalées chemin faisant, il faut rappeler la *maladie de Barlow* véritable scorbut hémorragique, toujours consécutive à une viciation des actes digestifs et nutritifs (V. SCORBUT INFANTILE).

Terminaisons. — Ce sont celles de la gastro-entérite aiguë si redoutable chez les débilités et celles du rachitisme. Les suites tardives, dans la seconde enfance et chez l'adulte, consistent dans les gastropathies, les entéro-colites, la neurasthénie, la méiopragie hépatique, etc.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Le surmenage gastrique et intestinal entraîne la distension de l'estomac, l'allongement de l'intestin. Pendant quelque temps, il y a hypersécrétion à la fois gastro-intestinale et hépatique. Puis apparaît la torpeur du foie, quand l'hyperchlorhydrie est remplacée par des acides de fermentations, et même un certain degré de cirrhose dyspeptique : les selles blanches en sont la conséquence. Enfin l'imperfection des fonctions digestives et nutritives amène l'obésité ou l'amaigrissement, l'hyperexcitabilité du système nerveux, la prédisposition à toutes sortes d'infections. On conçoit qu'à cet âge, où l'accroissement est si intense, les tissus qui souffrent le plus sont précisément ceux dont l'activité formatrice est la plus grande : d'où les déformations osseuses du rachitisme et les complications nerveuses.

L'intestin étant un laboratoire de poisons, il est tout naturel que l'état de réceptivité, même à des maladies spécifiques comme la rougeole, varie suivant la toxicité et la virulence plus ou moins grande du chyme. L'état d'imminence morbide est presque toujours dû à une viciation primitive des fonctions intestinales : le fait est patent pour la grippe; il est également vrai pour les affections broncho-pulmonaires, la méningite, etc. De là l'utilité de la diète et de la purgation dans un grand nombre de maladies.

Pronostic. — Le pronostic est très variable suivant la résistance des enfants.

Diagnostic. — Il est à faire surtout avec la péritonite tuberculeuse, le carreau (tuberculose des ganglions mésentériques), la tuberculose intestinale, la syphilis héréditaire, etc.

Il faut surtout savoir rapporter aux troubles intestinaux leurs multiples manifestations secondaires : cutanées, bronchitiques, nerveuses, laryngées, etc.

GASTRO-ENTÉRITES DES NOURRISSONS (TRAITEMENT). —

Prophylaxie. — A. — **Allaitement au sein.** — Chez les *enfants au sein*, on évitera la gastro-entérite en réglant les tétées toutes les deux heures le jour, toutes les six heures la nuit, soit de 6 h. du matin à 6 h. du soir, 7 tétées, une tétée à 10 h. du soir et une à 4 h. du matin, en tout 9 tétées.

C'est là un maximum; huit tétées peuvent suffire.

A partir du 4^e mois, on donnera 8 tétées, à partir du 6^e, 7.

La tétée ne doit durer que 10 à 20 minutes.

La quantité de lait de femme que doit prendre l'enfant est environ, par jour, de 250 gr. à 500 gr. le 1^{er} mois, de 700 gr. au 4^e, de 800 gr. au 6^e, de 900 gr. au 8^e.

Le rapport de la ration alimentaire au poids de l'enfant est de 15 pour 100.

L'enfant prendra par tétée, en moyenne : 50 à 60 gr. le 1^{er} mois, 100 à 120 gr. le 4^e, 120 à 150 gr. le 6^e. A la naissance, la capacité de l'estomac n'est que de 50 à 40 c. cubes.

La nourrice doit suivre une hygiène sévère, ne pas boire de café ni de vin pur; un litre de bière est suffisant pour la journée. Les aliments lourds ou fermentés, les viandes de gibier ou de conserve, les coquillages, les crustacés seront proscrits.

L'allaitement sera suspendu transitoirement ou définitivement en cas de maladie aiguë, grave ou contagieuse, ou en cas de maladie chronique cachectisante. Un chagrin qui doit se prolonger doit faire suspendre l'allaitement. Il est bon de savoir qu'on voit la lactation se rétablir après une suspension d'allaitement de plusieurs semaines, et même de plus d'un mois (V. ALLAITEMENT).

L'enfant *débile* ou *prématuré* en hypothermie sera mis au sein plus souvent, la nuit surtout, car il prend moins à la fois. On lui assurera une température convenable, tant dans la pièce qu'il occupe, 25° environ, que dans son berceau (boules d'eau chaude, enveloppement ouaté). Ces petits êtres, profondément athéniques, sont tout particulièrement exposés aux infections digestives. Aussi doit-on systématiquement repousser pour eux l'allaitement artificiel.

En cas de deux *jumeaux*, chaque enfant doit avoir son sein. Le lait de la fin de la tétée étant plus chargé en beurre, on a vu la dyspepsie chez le deuxième nourrisson, tétant le même sein après le premier.

Un enfant allaité par une *nourrice* est plus exposé à la dyspepsie que l'enfant nourri par sa mère, parce que l'âge du lait ne correspond pas à l'âge du nourrisson, et pour d'autres causes multiples. Quand on voit qu'un enfant ne vient pas avec une nourrice, on ne sera autorisé à conseiller le changement qu'après s'être assuré qu'il n'y a pas eu de faute évitable commise, et, en particulier, qu'il n'y a pas eu de suralimentation, celle-ci étant d'autant plus facile que le lait sera plus abondant. Le choix d'une nourrice, point sur lequel on n'insistera pas ici (V. ALLAITEMENT), comporte d'ailleurs au moins l'examen de la bouche, de la peau, des poumons, des seins, du lait et de l'enfant de la nourrice; elle aura de préférence de 20 à 50 ans.

Normalement, le poids de l'enfant doit, en moyenne, augmenter ainsi qu'il

Allaitement artificiel au lait de vache bouilli (schéma).

AGE	PROGRESSION SCHEMATIQUE DE LA RATION ALIMENTAIRE EN LAIT	INTERVALLES DES REPAS	NOMBRE DES REPAS	QUANTITÉ DE LAIT PAR BIBERON	COUPAGE	QUANTITÉ D'EAU SUCRÉE PAR BIBERON	QUANTITÉ D'EAU SUCRÉE PAR JOUR	QUANTITÉ DE LAIT PAR JOUR	QUANTITÉ DE LIQUIDE PAR REPAS	QUANTITÉ DE LIQUIDE PAR JOUR	PROGRESSION MENSUELLE DU POIDS	POIDS
	cc.	heures		cc.		cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	gr.	gr.
1 ^{er} jour.	25	8	2	10		10	20	20	20	40	40	3250
5 ^e —	50	4	4	15		15	60	60	20	120	120	5000
6 ^e —	100	4	6	20	1/2	20	120	120	40	240	240	5250
2 ^e semaine.	200	5	7	50		50	210	210	60	420	420	5000
2 ^e quinzaine.	500	5	8	40	1/5	20	160	520	60	480	480	5000
2 ^e mois.	400	5	8	50	1/4 environ	15	120	400	65	520	520	4000
5 ^e —	500	5	8	60	1/7	10	80	480	70	560	560	4500
4 ^e —	600	5	7	80	1/9	10	70	560	90	650	650	5000
5 ^e —	650	5	7	90	»	0	0	650	90	650	650	6000
6 ^e —	700	5	7	100	»	0	0	700	100	700	700	6500
7 ^e —	750	5	7	110	»	0	0	770	110	770	770	7000
8 ^e —	800	5	7	120	»	0	0	840	120	840	840	7500
9 ^e —	850	5	6	140	»	0	0	840	140	840	840	8000
10 ^e —	900	5	6	150	»	0	0	900	150	900	900	8500
11 ^e —	950	5	6	160	»	0	0	960	160	960	960	8500
12 ^e —	1000	5	6	170	»	0	0	1020	170	1020	1020	9000

On pourra, suivant les cas, accentuer et prolonger le coupage en diminuant la quantité de lait, en ayant soin d'augmenter un peu la proportion de sucre dans l'eau jusqu'à un an.
 N. B. — Pour obtenir facilement la progression ci-dessus, on peut dire à la nourrice d'augmenter chaque jour chaque biberon d'un demi-centimètre cube, ou plus commodément un des biberons de 5 ou 4, soit d'une cuillerée à café. Le coupage sera diminué de même petit à petit, à partir de la fin du premier mois, dans les mêmes proportions, mais seulement tous les deux ou trois jours. — Les doses ci-dessus sont trop fortes pour certains enfants, qui ne supportent à deux mois que 1/4 de litre, à six mois que 1/2 litre, à un an 3/4 de litre additionné d'eau sucrée. Il faut souvent le premier mois se contenter de 7 bib. de 15 à 20 c. e. + 30 ou 40 d'eau.

suit. Après avoir subi une perte globale de 200 à 300 gr. pendant les 5 premiers jours environ, le nouveau-né regagne son poids de naissance (soit 5 k. 500), vers le 7^e jour, puis augmente de 20 à 35 gr. par jour pendant les quatre premiers mois, de 10 à 20 gr. vers 6 mois, de 10 gr. vers 9 mois, de 5 gr. dans la seconde année. Le maximum d'accroissement doit avoir lieu vers le 5^e mois; il n'y a pas avantage à le hâter. La courbe de poids, de même que le tracé thermique, est beaucoup plus régulière chez l'enfant au sein que chez l'enfant au biberon.

B. — *Allaitement artificiel.* — Les mesures prophylactiques ont beaucoup plus d'importance encore pour les enfants au biberon. La suralimentation est plus habituelle et plus nuisible que chez les enfants au sein. L'enfant au biberon est trop souvent en état permanent de dyspepsie qu'on reconnaît à la constipation, à la sécheresse et à la pâleur des selles qui sont pâteuses, à la pâleur des traits et à la mollesse des chairs, à son apathie, etc. Aussi faut-il savoir régler l'allaitement artificiel. Comme pour la qualité du lait, chaque médecin appréciera la quantité à prescrire suivant les cas, et par tâtonnements, suivant la capacité vitale de chaque bébé, dont les besoins ne sont pas toujours proportionnels à son poids. Cependant le poids, le meilleur guide, a servi à fixer ainsi la ration alimentaire du nourrisson : 55 gr. de lait de vache additionné de 55 gr. d'eau lactosée au 1/6 par kilogramme et par jour. Avec cette méthode qui limite à 75 ou 80 calories par kilogramme et par jour les besoins de l'enfant, on arrive à ne donner, à un enfant de 1 mois, pesant 3500, que 250 gr. de lait et autant d'eau sucrée à 1/6; à un enfant de 4 mois, pesant 5800, que 380 gr. de lait et d'eau sucrée; à un enfant de 7 mois, pesant 8000, que 520 gr. de lait et autant d'eau sucrée. Ces chiffres étant de moitié inférieurs aux doses habituelles, nous en avons tenu compte sans les adopter, bien qu'ils conviennent à bon nombre d'enfants. Le tableau ci-joint n'est donc qu'un schéma. L'eau de coupage sera sucrée à 10 pour 100 : soit 1 morceau de sucre, ou mieux 2 cuillerées à café de sucre de lait. Le lait pur sera sucré à 2 pour 100 (V. ALLAITEMENT).

Les doses indiquées sont des moyennes, inférieures pour les premiers mois à celles de beaucoup d'auteurs (qui arrivent par exemple à 100 gr. par tétée à la fin du 2^e mois), et pourtant suffisantes, ou même trop fortes, pour un certain nombre de nourrissons chétifs.

C'est avec ces derniers surtout qu'il y a intérêt à aller lentement, mais sûrement. Chez les débiles, on donnera un petit repas toutes les deux heures.

D'autre part, quelques enfants de 1 an peuvent sans dommage prendre plus de 1 litre de lait; mais alors il vaut mieux remplacer une partie du lait par un jaune d'œuf ou une bouillie (V. LAIT).

On remarquera que, sur ce tableau, le passage du lait coupé au lait pur se fait sans diminution de la totalité du liquide ingéré, et que la progression de la ration alimentaire est à peu près proportionnelle à la progression du poids. Nous avons adopté le coupage pour les premiers mois bien que certains médecins donnent le lait pur : cette méthode est plus prudente. C'est avec le lait pasteurisé qu'on peut essayer de donner le lait pur. Certains médecins, et non des moindres, augmentent beaucoup plus le coupage : les 5 premiers jours jusqu'à 3/4, le 1^{er} et le 2^e mois à 1/2, le 3^e et le 4^e mois à 1/3 et jusqu'à 6 mois

à 1/4. Mais, comme la conduite à tenir ne peut être systématiquement la même pour tous les enfants, notre tableau représente une opinion moyenne. Le coupage a pour but de rendre la caséine plus facile à digérer et de diminuer proportionnellement la quantité de beurre, en maintenant le sucre à un taux suffisant. Beaucoup d'auteurs admettent d'ailleurs qu'il y a plus de caséine et moins de sucre dans le lait de vache. Les résultats différents des analyses s'expliquent par la provenance différente du lait.

Enfin, on remarquera que la quantité quotidienne de lait augmente de 100 c. c. par mois à peu près régulièrement jusqu'au 5^e mois, puis à partir du 5^e mois de 50 c. c. ou en moyenne de 70 c. cubes.

Pour arriver à cette progression insensiblement (augmentation par mois de 10 c. c. par biberon) on devra donner à l'enfant 5 c. cubes de plus tous les deux jours (Exiger le *biberon gradué*).

C'est une erreur trop souvent commise de trop augmenter du jour au lendemain la ration alimentaire du nouveau-né.

Pour fixer au mieux cette ration, on devra se baser sur des pesées hebdomadaires et sur l'aspect des selles, ainsi que sur l'état général, sur l'existence ou l'absence d'asthénie avec flaccidité des chairs. On évitera les augmentations de poids trop rapides généralement suivies de troubles digestifs. La ration alimentaire sera diminuée, et le coupage augmenté (de façon à faire prendre à l'enfant la même quantité de liquide), dans toutes les périodes de dyspepsie passagère à laquelle sont exposés tous les enfants. On augmentera la ration alimentaire en diminuant le coupage quand l'enfant n'augmentera pas suffisamment tout en digérant bien.

Le *biberon* et les tétines seront bien entendu lavés au carbonate de soude puis à l'eau bouillante.

On emploie le lait d'ânesse, le lait de chèvre ou le lait de vache [V. LAIT (ALIMENT)].

Le *lait d'ânesse*, malheureusement trop cher, peut être une grande ressource, à défaut du lait de femme pour l'enfant malade ou le nouveau-né. Il ne supporte pas l'ébullition et doit être pris cru, ce qui est sans inconvénient, pourvu qu'il soit recueilli proprement.

Le *lait de chèvre* a l'avantage de pouvoir être donné cru, aussitôt après la traite; malgré une forte proportion de caséine, il est en général bien supporté à partir d'un certain âge.

Composition des différents laits (d'après Parrot).

	VACHE	ANESSE	CHÈVRE	FEMME
Eau	87,4	90,5	82,0	88,6
Beurre	4,0	1,4	4,5	2,6
Sucre de lait	5,0	6,4	4,5	4,9
Caséum	3,6	1,7	9,8	3,9

Aucun lait, d'ailleurs, ne mettant à l'abri de la gastro-entérite, il est commode, dans la généralité des cas, d'avoir recours au lait de vache à défaut du lait de femme.

Le *lait de vache* ne doit pas, en général, être donné cru; il subira une stérilisation relative ou absolue: ébullition, pasteurisation, soxhletisation (ébullition prolongée), ou stérilisation commerciale.

Chacun prônant sa méthode, quand il s'agit de choisir on est fort embarrassé. La valeur de chaque procédé varie suivant le soin avec lequel il est mis en usage. C'est là surtout ce qu'il faut comprendre.

Une nourrice ou une mère intelligente, soigneuse, propre et attentionnée, vaut mieux avec le lait simplement bouilli qu'un lait parfaitement stérilisé entre des mains inaptes à l'élevage.

On se passera de la stérilisation commerciale toutes les fois que l'on pourra; et, quand on y aura recours, on ne devra pas en prolonger l'emploi trop longtemps, ne serait-ce que pour éviter le scorbut infantile. L'ébullition, aussitôt que possible après la traite, suffira dans la majorité des cas pour un enfant surveillé et en bonnes mains. Les appareils du type Soxhlet sont précieux dans les milieux où la négligence est à craindre. Le lait pur ou coupé est bouilli dans le biberon lui-même. Il y aurait avantage à notre avis, à réduire le temps d'ébullition à 1/2 heure ou même à 1/4 d'heure, à la condition de produire en refroidissement plus ou moins brusque. La fermeture hermétique par bouchon, de caoutchouc, a surtout l'avantage d'un appareil automatique; elle n'est pas absolument nécessaire, si la marmite peut être mise au frais et à l'abri de toute poussière. En opérant ainsi, il nous semble qu'on éviterait la modification profonde qui donne au lait le goût de cuit.

Aujourd'hui que l'on sait que le lait vivant renferme des *ferments trophiques* on donnerait volontiers la préférence au lait cru, plus léger, exigeant un travail digestif moindre, dans les cas où l'on est absolument sûr de l'intégrité de la vache laitière, éprouvée par la tuberculine, et de la propreté de la traite.

Mais on sait aussi que les enzymes du lait varient avec chaque espèce, et que l'*amylase* du lait de femme n'existe pas dans le lait de vache ni dans le lait de chèvre.

Aussi peut-on résumer ces indications en disant que *plus l'enfant est chétif, plus la suralimentation est à craindre*, plus on doit épargner les forces que le nouveau-né consacre au travail digestif, plus le lait de femme est utile.

L'allaitement au sein sera toujours exigé, dès que la situation du nourrisson au biberon devient grave, ou quand il s'achemine évidemment vers des troubles digestifs de plus en plus sérieux.

L'*allaitement mixte*, à défaut d'allaitement au sein exclusif, doit être toujours conseillé pendant les premiers mois, surtout depuis qu'on sait qu'il existe des ferments trophiques spéciaux au lait de femme.

Il y a encore des notions prophylactiques relativement à la *saison* et au sevrage.

L'été, l'enfant au biberon devra être rationné plus sévèrement encore. A la moindre alerte on reviendra à une ration moindre; on prolongera ou on recommencera le coupage.

Le *sevrage* (cessation complète de l'allaitement au sein) ne s'effectuera jamais pendant une maladie ou une crise de dentition, ni pendant les mois de juin, juillet, août, septembre. Il sera en tout cas *progressif*, et on réservera pendant longtemps la ressource du sein, en donnant 1 à 2 tétées par jour, pour le cas où le bébé serait souffrant. Il se fera dans le cours de la deuxième

année, avant la poussée des canines et après celle des premières molaires, ou même à partir du dixième mois. A 1 an, un enfant sevré de 10 kilogrammes pourrait ne prendre que 500 gr. de lait et autant d'eau sucrée à 1/10, avec deux bouillies et deux jaunes d'œuf. Mais c'est aller un peu vite que de modifier tout d'un coup le régime de l'enfant (V. ALLAITEMENT.)

Après le sevrage, le lait restera l'aliment fondamental. On y ajoutera d'abord une bouillie (à la farine d'orge, de riz ou de blé), puis un jaune d'œuf, puis un œuf. En même temps on diminuera la quantité de lait absorbé. Avant 2 ans ne donner jamais ni viande, ni fruits, ni eau rougie (celle-ci même pas avant 5 ans).

En résumé, pour éviter l'écueil, qui est perpétuellement à craindre, à savoir la gastro-entérite, la progression de la ration alimentaire ne sera jamais brusque, et le moindre trouble digestif, ne fût-ce que la simple régurgitation, si elle est habituelle, montrera qu'on est allé trop loin, et qu'il faut revenir à ration moindre ou à un régime antérieur.

1° *Gastro-entérite aiguë*. — *Diète*. — Quelle que soit sa gravité, la gastro-entérite aiguë sera traitée par la *diète*, relative s'il s'agit d'un enfant au sein atteint légèrement, et absolue dans toute autre circonstance.

Dans le premier cas, on ne donnera le sein que toutes les 4 heures pendant 5 minutes : les tétées seront espacées et plus courtes. Dans le second, l'allaitement sera complètement suspendu pendant 12, 24, 48 heures, ou davantage. L'enfant ne prendra que de l'eau de riz, de l'eau d'avoine ou de l'eau d'orge (suivant qu'il y a des garde-robes plus ou moins fréquentes), ou plus simplement de l'eau bouillie, de l'eau d'Alet ou d'Evian. Ces boissons, le premier jour, pourront n'être prises qu'en petite quantité, subordonnées à la soif, à la tendance aux vomissements.

En ce dernier cas, moins on donnera, mieux cela vaudra : une cuillerée à soupe ou deux toutes les heures seront suffisantes.

Purgation. — Le second jour seulement ou même plus tard, l'enfant sera purgé, mais avec précautions. On prescrira soit le mélange à parties égales de sirop de gomme et d'huile de ricin, une cuillerée à café à 6 mois, 2 à 1 an ; soit le calomel, 1/2 à 1 centigr. à 6 mois, 1 à 2 à 1 an, dose qui sera prise en cinq fois, à une heure d'intervalle dans la matinée.

Calomel	1 ou 2 centigrammes.
Lactose	1 gramme.

En 5 paquets semblables.

Si l'effet n'est pas suffisant, on recommencera le lendemain, avec l'huile de ricin, à moins de contre-indication (douleur vive, diarrhée intense).

Régime. — Le jour du purgatif, on ne donnera dans la *forme légère* que du lait coupé de tilleul, ou d'eau de chaux ou d'eau de Vals.

Dans cette forme, après quelques jours de ce régime avec ou sans l'aide de l'une des potions citées plus loin, les accidents se dissiperont sans plus de dommage.

Dans la *forme grave*, pendant un ou plusieurs jours, on se contentera d'eau lactosée à 5 pour 100, de *bouillon de légumes*, puis de bouillon de poulet ou de jarret de veau, de lait, d'abord pur, puis coupé moitié.

Le bouillon de légumes sera préparé ainsi qu'il suit :

Carottes	60 grammes
Pommes de terre	40 —
Navets	15 —
Pois secs	6 —
Haricots secs	6 —
Sel marin	5 —
Eau de source	q. s. pour 1 litre.

On fait bouillir 4 heures, et on passe. Ce bouillon doit être préparé chaque jour. On peut varier la composition de ce bouillon. Ainsi certains médecins préfèrent n'employer que les légumineuses mélangées de céréales : soit les pois et haricots blancs secs, les lentilles, le blé, l'orge perlé et le maïs concassé, 10 gr. de chaque par litre d'eau, que l'on réduit au 1/5 par une ébullition de 5 heures.

D'ailleurs, quand la situation est grave, il est toujours préférable, pour un bébé au biberon de moins de 6 mois, d'instituer l'allaitement au sein, dans le double but d'améliorer l'état de l'enfant et d'éviter rechutes et récidives.

Au lieu de lait coupé, on recommande aujourd'hui la bouillie très légère de farine de riz, préparée avec une demi ou une cuillerée à café (avant ou après 6 mois) de farine pour 100 c. c. de bouillon de légumes. Cela forme un mélange liquide qui se prendra facilement au biberon et qui est bien accepté par les enfants. L'emploi des *féculeux* à petite dose, et d'une façon purement transitoire, aurait l'avantage de modifier la flore intestinale et de contribuer à couper court aux putréfactions, qui résultent de l'altération de la caséine non digérée. On ne saurait trop répéter que c'est dans la diététique, la modification du régime, l'abstinence de lait, que réside le traitement de la gastro-entérite. La thérapeutique interne est accessoire : les moyens externes sont préférables ; le meilleur est la compresse échauffante sur le ventre.

Médication. — Pourtant, contre les fermentations anormales de l'intestin, on pourra employer l'*acide lactique*.

On prescrira :

Acide lactique	1 gramme
Sirop de menthe	10 grammes
Eau distillée	q. s. pour 100 cc.

A prendre dans les 24 heures par cuillerées à café toutes les heures pour un enfant de 1 an ; dose moitié moindre à 6 mois et double à 2 ans (pour chaque élément de la potion).

Si la diarrhée est tenace on donnera :

Sous-nitrate de bismuth	1 gramme
Sirop de coings	20 grammes
Julep gommeux	80 —

Par cuillerées à café toutes les demi-heures à 1 an ; doubler la dose à 2 ans ; la réduire de moitié à 6 mois (pour le bismuth).

Enfin, on aura recours au salicylate de bismuth à dose moitié moindre (0,50 à 1 an) ou au benzo-naphtol (0,25 à 1 an) le plus souvent possible.

On a préconisé récemment la *gélatine stérilisée* à doses fractionnées, 1 à 2 gr. à chaque repas.

Le meilleur traitement des *vomissements* consiste dans l'abstinence complète d'aliments et de boissons. Pour étancher la soif on ne donnera que le moins possible d'eau bouillie, froide ou glacée, et on appliquera sur le ventre une compresse humide recouverte de taffetas chiffon.

Tout à fait au début avant que l'état général ne soit atteint, l'emploi d'un vomitif est rationnel (0,10 à 0,50 de poudre d'ipéca dans 50 gr. de sirop d'ipéca).

La potion de Rivière, le lavage d'estomac, ne seront employés qu'exceptionnellement. Le lavage d'estomac se pratique avec une sonde en caoutchouc rouge de 40 centimètres environ (correspondant au n° 25 à 50 de la filière Charrière) et un petit entonnoir en verre gradué. On introduit à partir des lèvres 15 centimètres seulement de cette sonde. La quantité nécessaire et suffisante d'eau de lavage bouillie et tiède est de 100 centimètres cubes.

La *douleur* demande parfois à être traitée pour elle-même. On emploiera la chaleur sous forme d'onctions à l'huile de camomille camphrée (recouvrir de flanelle), — de compresses humides recouvertes de taffetas gommé, — de cataplasmes de farine de lin. A l'intérieur, le tilleul suffira souvent; sinon on prescrira l'élixir parégorique (teinture d'opium camphrée et benzoïque), à la dose quotidienne de cinq gouttes au maximum à 6 mois, dix à 1 an, vingt à 2 ans.

On le donnera isolément, dans un peu d'eau ou incorporé à la potion au bismuth.

L'action de l'opium devra être surveillée chez le tout jeune enfant.

Enfin, la *fièvre* intense et persistante comporte une indication particulière qui est bien remplie par les bains tièdes de 31° à 34°, surtout s'il existe de l'agitation et de l'impressionnabilité.

2° *Gastro-entérite suraiguë cholériforme*. — Elle comporte un traitement encore plus assidu et plus sévère. La *diète hydrique* est de rigueur; l'*allaitement au sein* sera réclamé avec insistance.

Les purgatifs sont ici contre-indiqués. L'indication dominante est de combattre l'algidité, la déshydratation et le collapsus. Le traitement de l'*algidité* consiste dans le réchauffement par les enveloppements et les bains chauds, les frictions, et les boissons chaudes.

On donnera un ou deux *bains sinapisés* tièdes par jour (50 gr. de farine de moutarde dans un bain de 25 litres). On peut, à l'instar de Trousseau, délayer préalablement la farine dans l'eau froide et la renfermer dans un nouet de linge, qui sera exprimé dans le bain comme on fait pour les bains de son. Le bain durera 8 à 10 minutes jusqu'à modification de la peau.

La main de la garde plongée dans le bain l'avertira, grâce à la cuisson provoquée par la sinapisation, de cesser l'immersion (Trousseau). On évitera avec le plus grand soin que les yeux de l'enfant ne soient atteints.

Dans l'intervalle des bains sinapisés, les *bains chauds* à 58°, de 5 à 10 minutes, seront très utiles au nombre de deux ou trois.

L'enfant sera massé légèrement pendant le bain et, à la sortie, frictionné dans des linges chauds et bien secs. On l'enveloppera ensuite d'ouate ou de flanelle.

On peut confectionner avec l'ouate et le taffetas gommé un gilet et un caleçon qui permettront de l'habiller rapidement. A la sortie du bain on fera boire au petit malade une cuillerée à café ou deux d'eau faiblement alcoolisée et sucrée, soit :

Cognac vieux (à 1 an)	5 grammes.
Eau bouillie sucrée	100 —

Cette boisson sera donnée toutes les heures ou toutes les demi-heures.

On peut remplacer le cognac par du rhum qu'on mélangera à du thé très léger dans les mêmes proportions.

Les boissons devront être données d'une façon continue pour lutter contre la *déshydratation*, et par petites quantités pour éviter les vomissements.

On donnera, dans l'intervalle du grog, la potion lactique indiquée plus haut, puis de l'eau lactosée ou de l'eau de riz, ou même de l'eau albumineuse, toujours par cuillerées à café.

Blanc d'œuf	n° 1
Eau bouillie	240 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger	10 —

Une cuillerée à café toutes les demi-heures.

Ces boissons ne seront pas données glacées. En cas d'intolérance gastrique, on se bornerait à l'eau bouillie et au grog. Si les vomissements continuaient, on aurait recours, en suspendant momentanément les boissons, aux *injections sous-cutanées de sérum artificiel*.

Chlorure de sodium	5 gr. 50
Eau distillée stérilisée	500 grammes.

Ces injections seront faites au flanc ou au ventre à la dose de 20 c. c. chez le nouveau-né, de 40 à 50 c. c. à 1 an, soit 5 c. c. par kilogramme. Ces injections ont le double avantage de réhydrater l'enfant et de le stimuler. Elles pourront être répétées deux fois par jour. Il faudrait s'arrêter en cas d'excitation ou de réaction thermique. Aussi est-il bon de ne pas prolonger ces injections, une fois l'effet cherché obtenu.

Si au contraire le *collapsus* s'accroît, il faut recourir aux injections d'huile camphrée à 1/10 (1/4 de c. c. à 1 an), et même de caféine, à la dose de 0,05 à 1 an, soit une demi-seringue de la solution suivante :

Caféine	} aa 1 gramme.
Benzoate de soude	
Eau distillée stérilisée	

3° *Entéro-colite dysentérique*. — En dehors de la diète, des purgatifs, du régime, le traitement propre de la colite consiste dans les lavages d'intestin, qui, employés dans toutes les formes d'entérite, ne sont jamais mieux indiqués qu'ici.

Dans la *colite*, une irrigation de 250 à 500 gr. suffira. Ce sera de l'eau bouillie tiède à 35°, simple ou additionnée de deux cuillerées à soupe d'eau oxygénée par litre, ou d'eau salée à 5 pour 1000, ou bien de résorcine (0,10 à 0,20, par litre), ou bien d'une cuillerée à café de bicarbonate de soude par litre; on emploiera une sonde molle en caoutchouc rouge (numéro 15 à 25 de la filière

Charrière) reliée par un robinet ou un tube en verre à un tube en caoutchouc de 1 à 2 mètres. Celui-ci sera adapté à un bock. A défaut de robinet une pince permettra de comprimer le tube. La sonde sera enfoncée de 10 à 12 centimètres, et le bock placé à 25 centimètres au-dessus du plan du lit. Ces lavages seront répétés tous les jours ou deux fois par jour.

On a recommandé, pour ces lavages, la décoction d'ipéca à 2 ou 4 pour 1000.

La pratique des lavages peut rendre des services dans la forme typhoïde et la diarrhée cholériforme. On a même conseillé dans ces cas de porter le lavage de 500 à 1000 c. c. L'important est d'employer de l'eau fraîche à la température de la chambre dans l'hyperthermie, et de l'eau chaude à 40° ou même 45° dans l'hypothermie.

4° *Gastro-entérite chronique*. — Même prophylaxie, même régime, d'une façon générale, que dans la gastro-entérite aiguë. Mais la diète hydrique ne sera de mise que lors de poussées aiguës.

1° *Avant 5 ou 6 mois, allaitement au sein exclusif et mixte*. — Il s'agit presque toujours d'enfants au biberon. Le plus simple, avant l'âge de 6 mois, est de les mettre au sein, ou au moins à l'allaitement mixte. On ne saurait trop préconiser l'allaitement mixte. La nourrice à distance peut pratiquer de bonne heure le double allaitement (de son enfant et d'un nourrisson) à la condition de ne pas trop prolonger l'allaitement exclusif au sein. Si les deux enfants prennent au bout de 6 à 8 mois du lait de vache, en même temps que le sein, ils auront l'un et l'autre la ressource providentielle du sein en cas d'entérite.

2° *Après 6 mois, régime lacté mitigé et surtout réglé*. — A défaut du sein, l'enfant atteint de troubles digestifs chroniques doit être rationné, et il faut se garder, à la moindre amélioration, de revenir aux errements antérieurs. Si l'enfant prend du lait pur, il sera de nouveau coupé.

On utilisera au besoin le képhir, le babeurre (liquide acide résultant du battage du beurre), surtout dans les jours qui suivront une poussée aiguë d'entérite, ainsi que la soupe de malt composée par l'addition de 10 à 100 gr. d'extrait de malt à une bouillie de farine de froment au lait et à l'eau (1/3 de lait pour 2/3 d'eau, soit 1 litre de liquide pour 50 à 100 gr. de farine).

L'emploi des *féculents* n'est vraiment légitime (en tant que faisant partie du régime habituel) qu'après 4 ou 5 mois alors que le retour à l'allaitement au sein ne s'impose pas quand même. Il n'est nullement surprenant qu'un changement de régime modifie heureusement des troubles digestifs, au moins pendant quelque temps. Mais, ce serait une grosse erreur de croire que toutes les fois qu'un enfant digère mal, il faut substituer au lait les farines, car celles-ci rentrent elles-mêmes parmi les causes de gastro-entérite. La transformation putride de la caséine est grandement favorisée par son excès même. Ce qu'on ne saurait trop répéter, c'est que la *suralimentation*, avec n'importe quel aliment, est la cause de presque tout le mal. L'abus du lait consiste surtout dans l'usage d'une trop grande quantité de lait. Beaucoup d'enfants, au bout de leur première année, arrivent à prendre 1 litre et demi de lait; or, pour la plupart, cette dose est trop forte : un litre suffirait.

L'erreur s'accroît quand l'enfant, commençant à manger, on continue en guise de boisson à lui donner continuellement du lait. L'enfant vorace demande

à être rationné; l'enfant anorexique ne doit pas être systématiquement violenté.

Médications. — Sous l'influence d'une digestion toujours vicieuse, l'enfant s'anémie. Peut-être aussi le lait de vache contient-il moins de fer que le lait de femme. Cette *anémie* de la gastro-entérite chronique sera traitée par le fer à partir de 1 à 2 ans: on donnera une ou deux cuillerées à café de sirop d'iodure de fer ou de tartrate ferrico-potassique. Le sirop magistral ferrugineux genevois contient 5 pour 100 de teinture de malate de fer.

Contre le *rachitisme naissant*, on emploiera à la même dose (1 à 2 cuillerées à café) le sirop ou le soluté du Codex de chlorhydro-phosphate de chaux, d'hypophosphite de chaux ou de lactophosphate de chaux, ou la solution de glycérophosphate de chaux à 6,50 pour un demi litre d'eau gazeuse [soit 0,05 par cuillerée à café environ (V. RACHITISME)].

L'huile de foie de morue pourra être donnée l'hiver à partir d'un an (1 cuillerée à café à cet âge). Les bains salés sont d'un usage courant.

L'infusion refroidie de centauree (amer), sucrée avec le bon sirop d'écorces d'oranges amères, combattra avantageusement l'*anorexie*; l'infusion de colombo (astringent) et le sirop de grande consoude s'adressent à la *diarrhée persistante*.

Celle-ci justifie parfois l'emploi du tannigène. On le donne mélangé de sucre de lait à la dose quotidienne de 0,10 à 0,80, fractionnée en quatre prises.

Traitement des complications. — Le *muguet* sera traité par le lavage de la bouche à l'eau de Vichy à l'aide d'un petit tampon d'ouate assujéti solidement sur un bâton échancré.

L'*érythème fessier* sera lavé à l'eau boriquée chaude à 20 pour 1000 ou simplement à l'eau bouillie, à l'aide d'un tampon d'ouate chaque fois jeté, puis on saupoudrera avec :

Talc	50 grammes.
Sous-nitrate de bismuth	10 —
Poudre d'oxyde de zinc	20 —

On peut remplacer le bismuth et l'oxyde de zinc par l'*acide borique porphyrisé*.

Pour éviter cet érythème, il est bon de changer l'enfant avant chaque tétée, et d'enduire de vaseline les parties susceptibles d'être souillées par l'urine et les matières. Cet érythème est un avertissement : il indique une modification fâcheuse du contenu de l'intestin et une modification parallèle des urines, devenues odorantes et plus irritantes.

Les abcès cutanés seront incisés; on pourra donner de grands bains boriqués tièdes (200 gr. pour 20 litres). L'otite sera irriguée à l'eau oxygénée diluée (5 à 10 pour 100), etc.

Sauf le cas d'algidité ou d'athrepsie, la *broncho-pneumonie*, surtout si elle domine le tableau clinique, sera traitée par les moyens habituels, à savoir : la compresse humide ou le drap mouillé, qui a été lui-même proposé contre la gastro-entérite aiguë elle-même. S'il y avait tendance à l'algidité et au collapsus, on aurait recours, au contraire, aux bains chauds ou sinapisés.

Enfin les phénomènes *méningés* seront amendés par l'usage des bains chauds à 35° ou 38° et des compresses réfrigérantes sur la tête.

P. LONDE.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — Par *gastro-entérostomie* on entend l'établissement d'une anastomose entre l'estomac et la partie supérieure du jéjunum.

Historique. — Cette opération a été exécutée pour la première fois dans le service de Billroth, le 28 septembre 1881, par Wölfler, alors son assistant. La genèse de cette nouvelle opération a été maintes fois exposée : Wölfler, se trouvant en présence d'un cancer inenlevable de l'estomac, se disposait à refermer le ventre, lorsque Nicoladoni, qui assistait à l'opération, lui conseilla, pour permettre le passage des matières, d'anastomoser le jéjunum avec l'estomac. En France, la première gastro-entérostomie ne fut faite qu'en 1889, par Pozzi.

A l'heure actuelle, la gastro-entérostomie est devenue une opération courante et quelques chirurgiens l'ont pratiquée un nombre considérable de fois.

C'est ainsi que Mayo Robson compte à son actif, rien que pour lésions non cancéreuses de l'estomac, 186 opérations.

Technique. — L'anse grêle à anastomoser est toujours la même, c'est la

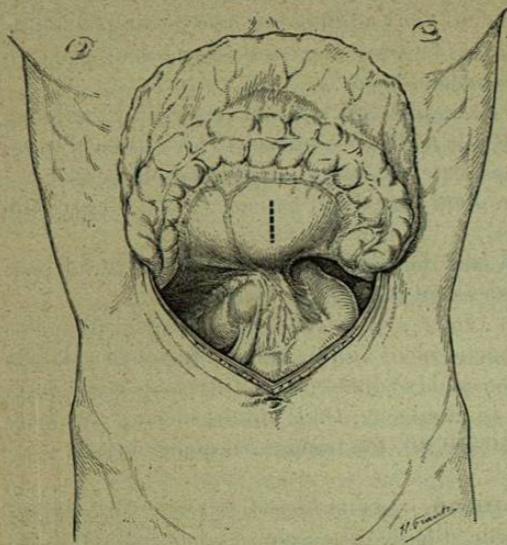


Fig. 49. — Incision du mésocôlon transverse.

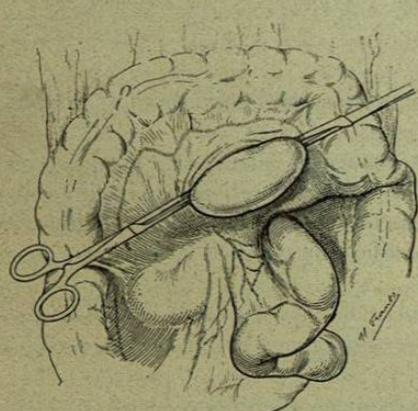


Fig. 50. — L'estomac est attiré à travers le mésocôlon.

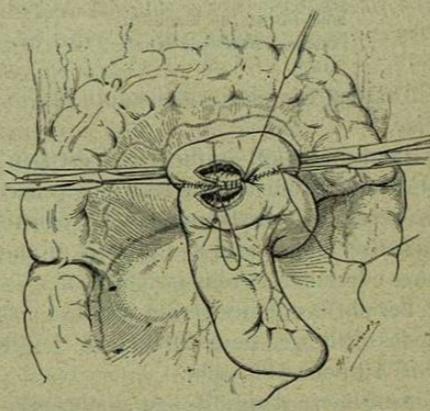


Fig. 51. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique par le procédé de von Hacker.

partie initiale du jéjunum. Et pour la trouver facilement, il n'y a qu'à chercher l'angle duodéno-jéjunal, qu'il est facile de déterminer en procédant avec méthode. On relève le grand épiploon et le côlon transverse, et l'on va, immédiatement au-dessous du mésocôlon transverse, saisir l'anse qui émerge de ce

mésocôlon, anse qui est *fixée* et un peu à gauche de la colonne vertébrale.

Cette anse peut être anastomosée soit à la face antérieure de l'estomac, soit à la face postérieure. D'où les deux grandes variétés de gastro-entérostomie, *gastro-entérostomie antérieure* et *gastro-entérostomie postérieure*.

La gastro-entérostomie antérieure, ou procédé de Wölfler, est celle qui fut

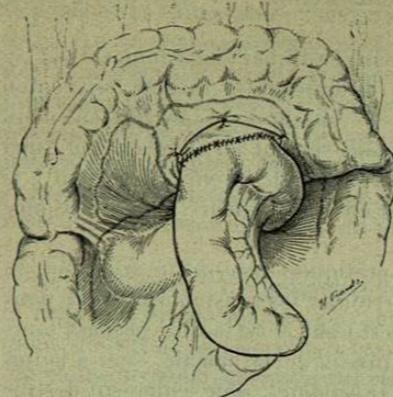


Fig. 52. — Procédé de von Hacker. Opération terminée.

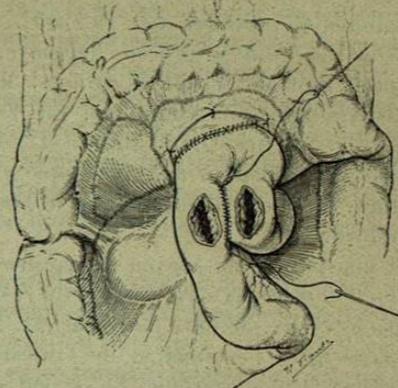


Fig. 53. — Gastro-entérostomie avec jéjunostomie complémentaire.

employée la première. On tend à l'abandonner de plus en plus, car elle a de multiples inconvénients, dont les trois suivants : α) l'anse à anastomoser prend en écharpe le côlon transverse, d'où la possibilité de compression du gros

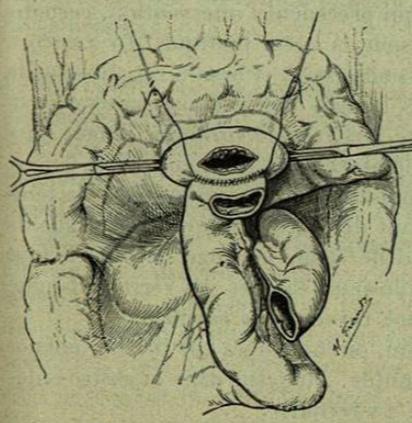


Fig. 54. — Gastro-entérostomie en Y. (Procédé de Roux.)

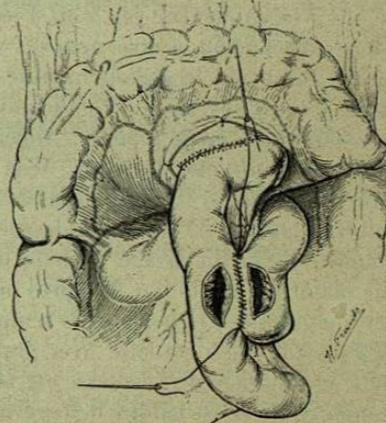


Fig. 55. — Gastro-entérostomie en Y par anastomoses latérales.

intestin; β) la coudure de l'anastomose, avec le *circulus vitiosus* qui en est la conséquence, s'observe plus fréquemment dans l'antérieure que dans la postérieure; γ) et enfin l'anastomose faite sur la face antérieure n'est point placée au