

qui en imposent pour un catarrhe chronique de l'intestin, dépendent d'une anomalie de l'innervation. Cela a lieu principalement quand ils sont associés à des symptômes névrosiques généraux ou nervoso-dyspeptiques. En ce cas, les remèdes internes ont peu d'effet, tandis qu'un traitement général approprié, des cures hydrothérapiques, l'électricité et le massage peuvent donner de très bons résultats (v. le chapitre de la dyspepsie nerveuse et de la constipation habituelle).

CHAPITRE DEUXIÈME.

CHOLÉRA NOSTRAS.

(Choléra indigène, choléra européen.)

On désigne sous le nom de « *choléra nostras* » une maladie aiguë de l'estomac et de l'intestin, qui se manifeste sous une forme déterminée et dont les symptômes, dans les cas graves, ont la plus grande ressemblance avec ceux du vrai choléra asiatique. Il est plus que probable, à considérer la marche totale de l'affection, que le choléra nostras tient également à une infection aiguë de l'organisme par un agent morbide spécifique et organisé. Mais jusqu'à cette heure cela n'est pas encore prouvé. L'opinion de FINKLER et PRIOR, disant que dans le choléra nostras l'intestin renferme des bacilles identiques aux bacilles à virgule du véritable choléra asiatique (v. y.), est controuvée. Les bacilles de FINKLER ne paraissent pas même avoir de signification pathogénique pour le choléra nostras.

Le choléra nostras se montre le plus souvent à l'état *épidémique* et presque invariablement pendant les *mois les plus chauds* de l'année (juin à août). C'est pourquoi on le désigne parfois sous le nom de *choléra estival*. Ce sont surtout les *enfants* en deçà de deux ans qui en sont frappés et de préférence ceux qui sont nourris artificiellement ou sevrés depuis peu. Chez les enfants plus âgés et chez les adultes, la maladie se rencontre également, quoique dans une proportion moindre.

Les *symptômes* du choléra nostras sont ceux d'une gastroentérite violente. La maladie débute soudainement ou après de légers prodromes par des *vomissements* tumultueux et un *flux intestinal* considérable. Dans un cas donné, c'est tantôt l'un, tantôt l'autre de ces symptômes qui prédomine. Les *vomissements* se composent en partie d'aliments ingérés, en partie d'une masse de mucosités aqueuses. Tout d'abord les *selles* sont encore féculentes, mais elles deviennent de plus en plus décolorées et fluides, jusqu'à prendre à peu près l'aspect riziforme des déjections du choléra véritable. Les *douleurs abdominales* font le plus souvent défaut ; seulement il existe parfois un

sentiment de pression et de constriction à l'épigastre. La *suppression de la diurèse* et les *douleurs musculaires* qui se déclarent souvent, donnent à la maladie un trait de ressemblance de plus avec le vrai choléra.

Ce qu'il y a de plus caractéristique, c'est le *trouble* considérable de l'état général. Les malades sont extraordinairement accablés, ils ont le facies défait, leur voix se voile et devient rauque, une soif inextinguible les consume, le pouls se précipite, la figure et les extrémités sont froides et livides; bref on voit se dessiner l'image complète d'un profond *collapsus*. En même temps la *chaleur vitale* baisse, alors qu'au commencement il y a souvent des ascensions thermiques. Ce grave tableau morbide s'accuse surtout dans le *choléra infantile*. Ici, quand la maladie est intense, l'agitation du début se transforme rapidement en *somnolence*. Les enfants sont couchés, les yeux enfoncés et demi-clos, la conjonctive légèrement injectée, la cornée trouble, la face pâle et cyanosée, les fontanelles affaissées, la peau froide, le pouls petit et filant, presque innombrable. La mort arrive dans le coma ou après quelques petites convulsions, avec le cortège de symptômes que les médecins d'enfants appellent « *maladie hydrocéphaloïde* ». Il est hors de tout doute que les gastroentérites graves sont dues à des causes infectieuses et que les manifestations générales qui les accompagnent sont produites par les substances intoxicantes engendrées dans l'intestin sous l'influence des microorganismes (v. plus haut p. 562).

Le choléra nostras fait de grands ravages parmi les enfants, dans les centres populeux et dans les couches les plus misérables de la population. Les cas graves se terminent par la mort après peu de jours. Cependant il y a aussi de nombreuses guérisons, soit que la marche morbide ne présente rien d'alarmant dès le début, soit que la maladie prenne une tournure favorable dans les cas qui semblent les plus désespérés. Chez les *adultes* l'issue mortelle du choléra nostras est une très rare exception. Les malades sortent assez rapidement d'une crise dangereuse en apparence, tout en gardant assez longtemps une certaine susceptibilité du côté de l'estomac et de l'intestin.

Les *données anatomiques* fournies par les enfants qui succombent au choléra nostras, forment un frappant contraste, vu leur insignifiance, avec les graves symptômes observés pendant la vie. L'affection catarrhale de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin disparaît presque toujours sur le cadavre; les follicules solitaires et les plaqués de PEYER ne présentent le plus souvent qu'une légère infiltration. Les atélectasies lobulaires du poumon, l'hyperémie veineuse et l'œdème des méninges cérébrales, constituent les révélations cadavériques supplémentaires les plus fréquentes.

Le *diagnostic* du choléra indigène n'offre pas de difficultés, quand on

considère les signes caractéristiques de la maladie. Jusqu'à ce jour cependant la distinction d'avec le vrai choléra asiatique était parfois malaisée et ne pouvait se faire qu'en tenant compte des circonstances étiologiques et du rapport éventuel existant entre le cas en observation et les autres cas authentiques de choléra. La découverte des bacilles à virgule, faite par KOCH dans le choléra asiatique, a permis de différencier ces maladies d'une manière tout à fait certaine. En conséquence, dans tous les cas suspects, il faut examiner les déjections au point de vue des bacilles à virgule, et prendre, s'il y a lieu, les mesures hygiéniques de préservation que cet examen suggère.

Le *traitement* du choléra nostras chez les *adultes* doit principalement viser à la *sévérité du régime*. L'alimentation ne pourra consister qu'en potages mucilagineux, tout au plus en un peu de bouillon, un œuf à la coque et du laitage. Il est bon de donner du lait glacé et en petites portions. Les transes de la soif se calment le mieux au moyen de petits fragments de glace. Le *vin* (champagne frappé) se prescrit quand la faiblesse commence à prédominer.

Parmi les médicaments, l'*opium* en poudre (extrait d'opium) ou sous forme de gouttes (teinture d'opium), est le plus actif et le plus propre à calmer la diarrhée et les vomissements. Tous les autres remèdes qu'on préconise dans le choléra des adultes (*le nitrate d'argent, le calomel, etc.*), cèdent la palme à l'opium. Pour le reste, on fera bien de consulter le traitement prescrit dans le catarrhe aigu de l'estomac et de l'intestin.

Chez les *enfants* on doit être plus réservé dans l'usage des opiacés, bien qu'il soit quelquefois difficile de se priver de l'opium employé à des doses minimales (1 à 2 gouttes de teinture d'opium d'après l'âge de l'enfant). Dans les cas récents, le *calomel* s'est acquis un grand renom (tous les jours 2 à 3 poudres de 0,01). Comme *nourriture* on se servira de préférence, quand l'alimentation naturelle par le lait de la mère ou d'une nourrice est impossible, du lait de vache refroidi sur la glace et qu'on donnera par cuillerées à thé. Dès que les signes de collapsus se prononcent, les *bains chauds* (de camomille, de moutarde) et les *enveloppements chauds*, de même que les *excitants* (petites quantités de vin, injections de camphre) sont indiqués. Si les enfants continuent de s'assoupir, on peut au besoin prescrire des emmaillotements et des affusions d'eau froide.

Nous laissons de côté les multiples remèdes préconisés contre le choléra infantile (quinine, acide salicylique, créosote, etc.), parce que leur efficacité dans les cas graves est malheureusement presque toujours en défaut. Pourtant dans la pratique on est souvent contraint de prendre son recours à titre d'essai à l'un ou à l'autre de ces remèdes.

CHAPITRE TROISIÈME.

CATARRHE INTESTINAL DES ENFANTS.

(Dyspepsie chronique des enfants. Pédatrophie.)

La grande fréquence et l'importance pratique des « états dyspeptiques » qui, chez les très jeunes enfants, sont accompagnés de troubles graves de la nutrition, autorise à en faire une courte description à part. Pour de plus amples détails nous devons renvoyer aux écrits spéciaux sur la thérapeutique de l'enfance.

La cause pour laquelle les maladies des organes digestifs jouent un si grand rôle dans la première enfance, c'est, d'une part, l'extrême susceptibilité de l'appareil digestif infantile envers les influences nuisibles qui l'atteignent, d'autre part, la manière insensée et fautive dont les parents et les bonnes élèvent les enfants. Cependant ce ne sont pas toujours l'ignorance et l'incurie, mais malheureusement aussi la misère et le besoin, qui privent les enfants des soins nécessaires et expliquent le chiffre effrayant de la mortalité au cours des premières années.

Rien que ce simple fait d'expérience que la très grande majorité des enfants souffrant de dyspepsie et d'atrophie sont *nourris artificiellement*, indique que la cause de la plupart des maladies intestinales de l'enfance doit être recherchée dans une *alimentation vicieuse et mal ordonnée*. Une nourriture non adaptée à la force digestive de l'enfant n'est qu'imparfaitement résorbée, subit des altérations multiples dont les produits irritent la muqueuse et augmentent le mouvement péristaltique de l'intestin. C'est ainsi qu'une digestion défectueuse (dyspepsie) provoque un catarrhe de la muqueuse gastrique et intestinale, lequel, comme dans un cercle vicieux, agit à son tour en abaissant encore plus l'énergie digestive. Il n'y a donc pas de ligne de démarcation nette entre la dyspepsie et le catarrhe; cette ligne n'est qu'un concept idéal.

Les *modifications anatomiques* que présente la muqueuse intestinale à l'autopsie d'enfants qui ont succombé au « catarrhe chronique », sont peu marquées en général et contrastent vivement par leur insignifiance apparente avec les symptômes intestinaux graves observés pendant la vie. Il est probable qu'ici également les *influences toxiques* des substances qui se forment anormalement dans l'intestin, jouent un rôle plus considérable que les altérations anatomiques elles-mêmes. D'autre part cependant il est à penser que la plupart des signes du catarrhe ne sont plus appréciables sur le cadavre par suite de la déplétion qui s'est opérée dans les vaisseaux sanguins. Quelquefois l'infiltration des follicules (*catarrhe folliculaire*) se dessine