

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

nettement. Des ulcérations folliculaires peuvent aussi se rencontrer. Dans d'autres cas, c'est l'*atrophie de la muqueuse*, conséquence ordinaire des catarrhes chroniques, qui constitue la lésion principale. On trouve plus rarement un *épaississement et un boursoufflement* chronique de la muqueuse. Dans la plupart des cas graves, les altérations occupent de préférence le *gros intestin* et l'extrémité inférieure de l'iléon. On découvre parfois encore un *gonflement des ganglions lymphatiques du mésentère* et une *dégénérescence graisseuse* considérable du foie. Par suite de l'insuffisance de la respiration, il se forme des *atélectasies* pulmonaires étendues et de la *pneumonie catarrhale*.

Les *symptômes* de l'entérite chronique infantile consistent d'une part dans les phénomènes dépendant directement de l'affection intestinale, et de l'autre, dans les troubles de la nutrition générale, qui ne demandent pas beaucoup de temps pour se développer chez les enfants.

Parmi les manifestations intestinales, la plus importante est fournie par l'*état des selles*. Les *selles normales* des enfants jusqu'au sevrage sont d'une couleur jaune d'œuf, d'une consistance de bouillie uniforme et d'une odeur aigrelette. Le *catarrhe intestinal* rend les selles plus fréquentes, il y en a de six à sept et plus par jour. Elles sont plus liquides, plus aqueuses, renferment de gros flocons et des grumeaux (des flocons de caséine non digérée et d'autres débris d'aliments) et deviennent fétides. Très souvent elles sont teintées en *vert* ou verdissent en reposant. D'après de récentes recherches dues à des médecins français (LESAGE), cette matière colorante verte serait formée par une sorte de bacille spécifique qui devrait en même temps être considéré comme la cause morbigène du catarrhe intestinal à évacuations de couleur verte. Il se mêle quelquefois du *mucus* aux selles, parfois sous forme de « grains de sagou », surtout dans le catarrhe du colon. Au microscope on découvre dans les cas graves, outre des débris d'aliments, des globules de pus et de l'épithélium. On y rencontre aussi quelquefois de petites quantités de *sang*.

Il n'y a pas de différence essentielle, eu égard aux évacuations, entre le catarrhe de l'intestin grêle et celui du gros intestin. On peut admettre en principe que les selles, dans l'*entérite* qui prédomine dans l'*intestin grêle*, sont plus abondantes, s'évacuent avec plus de bruit (gaz) et ont une consistance plus homogène, tandis que dans l'*entérite du gros intestin* elles sont moins copieuses, mais plus fréquentes (10 à 20 fois par jour), se vident silencieusement, s'accompagnent de ténésme et sont plus variées dans leur composition élémentaire (en partie normales, en partie liquides, et en partie glaireuses, etc.). L'*examen de l'abdomen* a une certaine importance, en ce sens que dans l'entérite de l'intestin grêle l'abdomen est généralement plus

rébondi, tandis que dans le catarrhe du gros intestin il est souvent profondément creusé.

Outre les désordres intestinaux, il existe des troubles du côté de l'*estomac*, vomissements, renvois, etc. Il y a souvent du *muguet* dans la *bouche* ou des *ulcérations aphtheuses*.

Quoi qu'il en soit, dans presque tous les cas de longue durée, le *trouble de la nutrition générale*, l'*atrophie (athrepsie)* occupe le premier plan de la scène morbide. Les muscles se relâchent et se flétrissent et le corps tout entier subit un tel degré d'émaciation, qu'à la fin l'enveloppe cutanée devenue sèche et terreuse recouvre en replis larges et retombants la charpente osseuse dont les angles saillissent de toutes parts. Les traits de la face s'effilent et les nombreux plis qui la rident la font ressembler à une mine de vieillard. Les yeux sont ternes, sans vie, fixes et largement ouverts, la voix n'est plus qu'un vagissement faible et étouffé. L'abdomen est profondément creusé; dans d'autres cas, il est ballonné par les gaz, comme pour faire contraste avec l'amaigrissement général, et des veines bleuâtres en sillonnent la surface.

Le tableau lamentable que nous venons de retracer et qui malheureusement est si commun dans la pathologie de l'enfance, permet de reconnaître au premier coup d'œil le véritable état des choses, car la majeure partie des cas compris sous le nom de « *pédatrophy* » dépend de troubles chroniques de la digestion. Très souvent ils sont associés à des *altérations rachitiques* des os, sur la genèse desquelles nous nous expliquerons davantage à propos du rachitisme. Parfois encore on trouve dans le cadavre des *dégénérescences tuberculeuses*, surtout dans les poumons et les ganglions bronchiques ou mésentériques. Il va sans dire que dans ces cas la tuberculose doit être envisagée comme la maladie principale et l'affection intestinale (simple ou également tuberculeuse) comme une complication secondaire. Pendant la vie, la tuberculose peut facilement passer inaperçue chez les petits enfants atrophés ou ne pas être accessible au diagnostic.

Pour donner en détail le *traitement* des états atrophiques de l'enfance qui dépendent des désordres de la digestion, il nous faudrait, pour ainsi dire, embrasser dans le cercle de notre étude tout l'ensemble du régime et de l'hygiène des enfants sains et malades. En effet, tous les médecins d'enfants sont d'accord pour dire que, de même que la *cause* de la plupart des affections intestinales dans l'enfance gît dans une alimentation mal ordonnée, on ne parvient aussi à les *guérir* qu'à l'aide d'une nourriture convenable et appropriée. Nous devons nous borner dans ce qui va suivre, à énoncer les principes et les règles qui doivent servir de guide en cette matière.

La seule nourriture appropriée et réclamée par la nature pendant la première

année de l'existence, c'est le lait de la mère ou d'une nourrice. La dyspepsie dans ses diverses manifestations se rencontre beaucoup moins chez les enfants élevés au sein que chez ceux qui sont nourris artificiellement, et quand elle atteint les enfants qui prennent le sein, elle n'est d'ordinaire que de peu de durée. Alors on doit l'attribuer le plus souvent à des dérangements éprouvés par la nourrice, qu'ils résultent de maladies, d'écarts de régime ou d'émotions morales violentes, etc. Les règles ou une grossesse incidente agissent aussi quelquefois défavorablement sur la composition du lait. Disons encore qu'en dépit de la bonne qualité du lait l'enfant digère parfois difficilement, parce qu'on lui donne le sein trop souvent et à des intervalles irréguliers.

La plupart de ces désordres, pourvu qu'ils soient légers, se réparent assez facilement. Il est rare que, sans raison apparente, le lait d'une nourrice « ne convienne pas » à l'enfant. Si le cas se présente, il faut changer de nourrice. L'atrophie infantile qui se développe et persiste nonobstant une alimentation normale et suffisante, ne dépend pas d'ordinaire d'un simple désordre digestif, mais d'affections constitutionnelles dont la cause est plus profonde (tuberculose, syphilis, etc.).

La grande majorité des entérites chroniques et des atrophies qui en résultent, se déclarent, comme nous avons dit, chez les enfants *nourris artificiellement*. La première question que le médecin doit adresser à la mère qui lui apporte un enfant semblable, doit par conséquent se rapporter au mode d'alimentation. Si la mère, pour l'un ou l'autre motif, est incapable de nourrir elle-même, ou que des troubles dyspeptiques surviennent chez un enfant artificiellement nourri, il faut songer avant tout à se *procurer une nourrice*. *L'alimentation par le lait d'une nourrice est le seul moyen qui, dans nombre de cas tout au moins, compense par la conservation de la vie de l'enfant, les nombreux désagréments et les grands frais qu'une nourrice entraîne.* C'est ce qu'il faut déclarer aux parents en leur faisant comprendre les dangers qui menacent l'existence de tout enfant qui est nourri artificiellement. Mais dans les cas de catarrhe chronique grave déjà arrivé à la période d'atrophie et d'affaiblissement, une nourrice peut quelquefois encore amener une guérison complète et même assez prompte.

Quoi qu'il en soit, dans la classe pauvre il est impossible de se donner le luxe d'une nourrice. On est forcé de s'en tenir à l'alimentation artificielle, et c'est alors que l'entérite chronique vient prélever ses victimes. Toutefois le médecin peut encore faire beaucoup de bien dans ces circonstances en prodiguant ses instructions aux parents.

Le meilleur succédané du lait maternel, c'est le *lait de vache*. On tâchera de l'avoir aussi frais que possible, et on le fera bouillir avant de le donner.

Un appareil un peu compliqué, mais très approprié et utile, c'est la bouilloire de SOXHLET au moyen de laquelle on arrive à stériliser complètement le lait. D'après les circonstances, le lait, pendant les premiers mois, doit être mêlé à deux ou trois parties d'eau bouillie, chez les enfants de quatre à six mois à partie égale d'eau, et chez ceux qui sont plus âgés, à la moitié de son volume d'eau à peu près. De neuf à douze mois, le lait peut être pris pur. En général, on porte le lait à 28° environ, quoique ce soient précisément les enfants atteints de catarrhe gastrique ou intestinal qui supportent souvent mieux le lait *froid* administré en *petites* portions que le lait chaud. Parmi les ingrédients qu'on a ajoutés au lait de vache pour le faire ressembler davantage au lait de femme, citons comme pouvant convenir le *sucre de lait* (une petite pincée sur une portion de lait) et la *soude* (une cuillerée à soupe d'une solution de 1 à 2 % sur un demi-litre de lait). Les différents mucilages de salep, de gruau et d'orge qu'on emploie pour étendre le lait, ne sont pas toujours appropriés et on doit poser comme règle, surtout chez les enfants au-dessous de trois mois, de proscrire toute alimentation qui renferme des amylacés. Il vaut mieux ajouter au lait du *bouillon de veau* qui est parfois bien supporté par les enfants faibles.

Pour les enfants atteints d'entérite chronique, le lait de vache convenablement mouillé surpasse dans beaucoup de cas tout autre aliment. C'est seulement quand les troubles digestifs prennent un caractère aigu, qu'il est parfois à conseiller de laisser le lait pour quelques jours et de le remplacer par une boisson mucilagineuse (décoction de salep). Dans la dyspepsie chronique, au contraire, on commencera toujours par faire un essai avec du bon lait de vache. Si le lait n'est pas toléré, si la diarrhée persiste et que l'enfant continue à maigrir, on tâchera de faire venir du meilleur lait d'ailleurs. Cependant il peut arriver malgré tout qu'il n'y a pas moyen d'en avoir du bon, ou que le plus irréprochable lait de vache ne soit pas supporté. C'est le moment de prendre son recours à un de ces nombreux « *aliments artificiels* » et « *succédanés du lait de femme* » qui sont entrés dans le commerce. Nous ne pouvons donner des détails sur chacun d'eux. Tous ont certainement à revendiquer quelques bons résultats, mais aucun ne mérite une préférence incontestée sur les autres. Nous mentionnerons les préparations actuellement les plus usitées et dont nous avons pu apprécier l'utilité par nous-même : le lait condensé suisse, la farine lactée de NESTLÉ et de FRÉRICH, les crèmes de BIEDERT, la soupe de LIEBIG, etc. Chaque médecin a ainsi sa préparation favorite que son expérience personnelle dit lui avoir rendu le plus de services.

Si l'on tenait fermement à ce principe fondamental que tout catarrhe intestinal chez les enfants doit commencer par une réglementation convenable

du régime, on ne devrait pour ainsi dire jamais s'adresser au *traitement médicamenteux*. En tout cas ce dernier ne pourra être de quelque utilité qu'après que toutes les mesures diététiques indispensables auront été remplies.

Le *calomel* s'est acquis le plus de renom dans le traitement de l'entérite infantile. Dans les cas récents surtout, il est bon de s'en servir sous forme de poudres de 0,005 à 0,01 par dose. Si la diarrhée persiste quelque temps, on pourrait parfaitement employer les *opiacés*, quoique avec la plus grande prudence. Le calomel combiné avec l'opium (par ex. calomel 0,01, extrait d'opium 0,002, poudre de gomme 0,3, trois à quatre poudres par jour) rend souvent de bons services. Chez les petits enfants on ajoute deux à quatre gouttes de teinture d'opium à 100 grammes de véhicule (mixture gommeuse, décoction de salep, mixture d'acide chlorhydrique, etc.) dont on donne toutes les deux ou trois heures une petite cuillerée.

On a fait de nombreuses tentatives pour arrêter les processus de décomposition anormale, par l'administration de remèdes ayant des propriétés antiseptiques et antifermentatives. La *créosote* surtout a été chaleureusement recommandée par plusieurs (4 à 6 gouttes sur 50 grammes d'eau avec 15 grammes de sirop, une cuillerée à thé toutes les deux heures). Sont employés dans le même but la *naphtaline* (naphtal, 0,5-1,0 mucilag. gomme, eau distill. ana 40,0 huile de menthe poivrée gtt.i, à agiter, toutes les 2 heures une cuill. d'enfant), l'*acide chlorhydrique* (0,5 à 1,0 d'acide chlorhydrique dilué sur 100 grammes d'eau) et le *chloral hydraté* (1,0 : 100,0). Si les selles sont colorées en vert, l'*acide lactique* (solution à 2 %, une cuill. à café $\frac{1}{4}$ d'heure après chaque repas) sera particulièrement avantageux.

Une autre classe de remèdes (astringents) se prescrit dans l'idée d'agir directement sur la muqueuse malade. Les plus recommandables dans la diarrhée chronique sont le *sous-nitrate de bismuth* (tous les jours 4 à 6 poudres de 0,05 à 0,1 avec addition d'opium en cas de besoin), le *nitrate d'argent* (0,05 : 100,0), l'*alun* (0,5 sur 100,0), la *paullinia sorbilis* (la pâte de guarana réduite en poudre, 3 poudres par jour de 0,3 à 1,0) et ainsi de suite (v. les formules dans l'appendice).

Si les glaires qui se mêlent en abondance aux selles, indiquent un catarrhe du gros intestin, les *irrigations du colon* sont quelquefois à conseiller. Ces injections (une solution de tannin ou d'alun à 1 p. %, des solutions d'acétate de plomb, 1 à 3 : 1000,0) se pratiquent une à deux fois par jour. La quantité de liquide à injecter en une fois est de $\frac{1}{2}$ à 1 litre (entonnoir d'HÉGAR auquel s'adapte un fort cathéter élastique).

Enfin signalons encore l'utilité chez les enfants atrophies des bains chauds journaliers. D'ordinaire on ajoute encore des remèdes « toniques » à l'eau du bain (bains alcalins, bains ferrugineux, bains de calamus, etc.).

CHAPITRE QUATRIÈME.

TYPHLITE ET PÉRITYPHLITE.

(Typhlite stercorale. Inflammation du cœcum.)

Parmi les inflammations limitées à certains segments de l'intestin, celle du cœcum et des tissus circonvoisins occupe une place spéciale. La cause pour laquelle c'est précisément en cet endroit que se développent des inflammations circonscrites, réside dans la disposition anatomique particulière du cœcum et de son diverticulum, l'appendice vermiculaire. Cette disposition explique comment des masses stercorales ou des corps étrangers peuvent facilement s'arrêter dans le cœcum et y provoquer une inflammation.

L'inflammation du cœcum est la plupart du temps occasionnée par des matières fécales qui s'amoncellent dans son intérieur et est pour ce motif désignée sous le nom de *typhlite stercorale*. Mais, comme cette cause d'irritation agit d'ordinaire d'une manière continue, les lésions inflammatoires de la typhlite se développent communément avec beaucoup plus d'intensité que dans les autres formes d'entérite. L'inflammation atteint la paroi intestinale dans toute son étendue et se communique parfois sous le nom de *pérityphlite* au tissu cellulaire ambiant.

La plupart des formes graves de la *pérityphlite* ont pour origine, non pas précisément le cœcum même, mais l'*appendice vermiculaire*. Cette partie rudimentaire de l'intestin, qui physiologiquement a si peu d'importance, joue un grand rôle dans la pathologie. Le cœcum laisse parfois pénétrer dans l'appendice vermiforme de petites masses stercorales qui en certaines circonstances peuvent continuer à y séjourner. La partie liquide en est résorbée ; elles s'incrument parfois de sels calcaires et de cette manière se produisent de petites concrétions indurées dites « *calculs stercoraux* ». Dans beaucoup de cas, le retour vers le cœcum de ces matières intestinales est empêché par la valvule située à l'entrée de l'appendice vermiculaire (valvule de GERLACH). Quelquefois aussi un *corps étranger* qui a pénétré dans l'appendice iléo-cœcal (noyau de fruit ou pépin, etc.) forme le centre d'un calcul stercoral. Ces calculs ont souvent une forme si bien arrondie, qu'autrefois on les prenait erronément pour des noyaux de cerise arrêtés en chemin.

Dans nombre de cas, les calculs stercoraux peuvent séjourner longtemps dans l'appendice, sans entraîner d'inconvénients. En général cependant, ils irritent mécaniquement la muqueuse, l'enflamment, provoquent en un point circonscrit une *nécrose par compression* et conséquemment une *ulcération de l'appendice vermiforme*. Si la cicatrisation, qui est toujours possible, ne se fait pas, l'ulcère s'étend de plus en plus en profondeur. Selon qu'il y a des