

se garder d'employer ce mode d'alimentation dès la période fébrile de l'infection ; on risquerait, au lieu de diminuer la gravité des symptômes, de l'augmenter dans des proportions inquiétantes.

Après la chute de la fièvre et la disparition des phénomènes pénibles du début, il n'est pas rare de voir la diarrhée persister. Les selles sont moins fétides, mais elles restent liquides et verdâtres. L'intestin a été trop irrité pour reprendre immédiatement son fonctionnement normal ; il est encore le siège de fermentations, il sécrète trop de mucus et, se contractant trop activement, il expulse son contenu avant qu'il ne soit parfaitement digéré. A ce moment, ce n'est plus à proprement parler une infection qu'il s'agit de traiter, c'est une diarrhée.

Il faut alors recourir aux poudres absorbantes. Le *sous-nitrate de bismuth*, le *salicylate de bismuth*, la *craie*, le *talc*, le *benzo-naphtol*, le *salol*, le *phosphate de chaux*, la *tannigène*, etc., ont été vantés tour à tour, et trouvent chacun leur indication. On peut les associer et en faire des poudres composées : de salicylate de bismuth et de benzo-naphtol, de sous-nitrate de bismuth et de craie, etc. On les donne, soit par petites prises dans un peu d'eau sucrée, toutes les trois heures, soit dans une potion gommeuse, et il faut en continuer longtemps l'usage.

Comme, dans ces cas, la diarrhée tient en partie à une augmentation du péristaltisme intestinal, l'*opium* peut trouver son indication.

L'*opium*, formellement proscrit par Trousseau et par un grand nombre de médecins, ne peut, sans danger, être employé à la période initiale des diarrhées infectieuses ; il risque d'augmenter la dépression et de précipiter le dénouement ; plus tard il peut être utile, à condition d'être administré à doses minimales. On donne, à un enfant d'un an, une goutte de *laudanum* dans une potion gommeuse de 60 grammes avec 2 grammes de sous-nitrate de bismuth, par cuillerées à café toutes les 2 heures. Cette faible dose ainsi divisée suffit généralement, tant est grande la sensibilité qu'ont les enfants pour les

opiacés. A 2 ans on peut aller à deux gouttes de *laudanum* par jour.

Cette médication par le bismuth et le *laudanum* doit être continuée un certain temps si on ne veut pas s'exposer à voir la diarrhée reparaitre ; il ne faut pas l'interrompre quand les selles ont paru se régulariser, mais il est bon alors de donner en même temps de petites prises de *magnésie* et des *lavements émollients* (J. Simon).

Certes, il faut préférer l'emploi du bismuth au *nitrate d'argent* et aux astringents ; mais il arrive un moment où, chez certains enfants, la diarrhée reparait à chaque instant et menace de devenir chronique. Alors le *tannin*, le *tannate d'albumine*, le *tannigène*, la *ratanhia*, le *cachou*, le *monésia*, etc., pourront être utilisés ; mais c'est surtout dans les diarrhées chroniques que l'on doit se servir de ces médicaments.

Malgré les soins les mieux appropriés et les plus intelligents, il arrive trop souvent que les enfants succombent, soit à la période initiale de la maladie, par le fait seul de la toxémie, soit plus tard, à la suite d'une infection secondaire, soit à un affaiblissement progressif. Si l'enfant a moins de quatre mois, à la diarrhée toxi-infectieuse succède trop souvent l'état de dénutrition progressive auquel Parrot a donné le nom d'athrepsie ; s'il est plus grand, il reste souvent pâle, débile, et devient plus ou moins rachitique.

IV

Choléra infantile.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le choléra infantile ou diarrhée cholériforme des nourrissons est la forme la plus grave des infections gastro-intestinales. Les phénomènes de toxémie d'abord, d'infection ensuite, acquièrent une intensité telle qu'ils rappellent ceux du choléra asiatique.

C'est généralement en été, lorsque la chaleur a été excessive et prolongée, que la maladie éclate, frappant de préférence les nourrissons élevés au biberon et les sevrés, mais n'épargnant pas les enfants au sein.

Il est peu vraisemblable qu'elle reconnaisse pour cause un agent unique, spécifique, comparable au bacille virgule du choléra asiatique. Elle résulte probablement d'une exaltation extraordinaire de la virulence des saprophytes intestinaux, et le coli-bacille joue un grand rôle dans sa production (Baginsky). Mais, si cette pathogénie est admissible pour les cas sporadiques, en est-il de même pour les cas épidémiques? Le bacille isolé et décrit par Lesage joue-t-il un rôle important? Rien ne le démontre encore.

Ce qui frappe, dans les autopsies, c'est le peu d'importance des lésions en comparaison de la gravité des symptômes, surtout dans les cas où la mort a été le plus rapide. La muqueuse intestinale est grisâtre, tapissée d'une couche d'épithélium desquamé et nécrobiosé; les vaisseaux sont injectés, des cellules rondes en nombre variable infiltrant les villosités et les espaces inter-glandulaires de l'intestin et de l'estomac; les épithéliums des glandes sont plus ou moins modifiés, mais pas autant qu'on pourrait s'y attendre, car c'est surtout au niveau des orifices que les cellules sont altérées. Le nombre des bactéries qui tapissent la muqueuse et remplissent les glandes est considérable (Heubner). Si l'enfant a survécu quelques jours, les congestions viscérales, les thromboses des sinus craniens, des veines rénales ou de l'artère pulmonaire, les pneumonies, les lésions du rein, du cerveau, etc., témoignent de la production d'infections secondaires.

En regard de ces lésions, le tableau symptomatique est singulièrement chargé. Le mal éclate parfois en pleine santé, sans cause apparente; plus souvent son explosion a été préparée par une dyspepsie ou une diarrhée banale.

D'ordinaire il y a des vomissements, d'abord alimentaires, puis aqueux, incolores ou légèrement teintés en vert. Ces vomissements surviennent spontanément ou bien ils sont pro-

voqués par l'ingestion des liquides; ils manquent parfois chez les enfants nourris au sein; mais, dans d'autres cas, ils sont plus pénibles que la diarrhée même.

Les selles sont abondantes, fréquentes et fluides. Les couches en sont toujours souillées, bien qu'on les change à chaque instant. Les évacuations, d'abord teintées en vert et généralement acides au début, ne tardent pas à devenir incolores, séreuses, peu odorantes ou ammoniacales avec des réactions tantôt acides et tantôt alcalines, mais elles ne sont jamais riziformes.

Bientôt on est frappé du changement qui s'opère dans la physionomie de l'enfant; la face pâlit, le nez se pince, les yeux s'enfoncent et s'excentrent. La langue devient rouge et se sèche, l'enfant la tire sans cesse, en même temps qu'il réclame à boire, tourmenté qu'il est par une soif impossible à calmer. Si le ventre a été météorisé au début, il ne tarde pas à se déprimer. L'enfant se couche en chien de fusil, ramène les cuisses sur le ventre, frotte ses talons, tourne la tête de droite à gauche, en proie à une agitation pénible, souvent entrecoupée de mouvements convulsifs. Bientôt le cri s'enroue et s'éteint, l'agitation fait place à une dépression profonde et à un véritable collapsus. Le facies s'altère de plus en plus. Les yeux, profondément excavés, se cerclent de bistre; les paupières ne se ferment plus, les conjonctives s'injectent, s'enflamment et les cornées se ternissent; le nez s'effile et se refroidit, la bouche s'enfonce, les lèvres se séchent et se cyanosent, les commissures se tirent en dehors et la physionomie prend un air d'angoisse inexprimable. L'amaigrissement se produit avec une rapidité incroyable. La peau prend une teinte pâle, plombée, cireuse, sauf aux extrémités qui sont cyanosées; elle perd son élasticité et garde les plis qu'on lui imprime. Un degré de plus, et elle s'épaissit, s'indure comme si elle se congelait. La température périphérique est partout abaissée, même dans la bouche; au contraire la température centrale reste assez élevée; le pouls, d'abord assez fréquent, devient petit, filiforme et se ralentit. La respiration est irrégulière et

difficile. Les urines, plus ou moins albumineuses, se suppriment. La fontanelle s'affaisse, les membres, la nuque, le tronc se raidissent, les pupilles réagissent à peine et se dilatent. La mort survient souvent par le fait de l'augmentation progressive du collapsus et de l'algidité. Dans les cas heureux, la chaleur revient, le pouls se relève, le regard s'anime, l'urine reparaît et la diarrhée redevient bilieuse; mais, dans ces cas, il faut toujours compter avec des troubles digestifs persistants et avec des lésions cutanées ou viscérales qui ne permettent pas toujours le retour à la santé.

Ce n'est pas seulement par une déperdition considérable de liquide que s'expliquent ces symptômes caractéristiques; c'est surtout par une toxémie. Le choléra infantile est, avant tout, le résultat d'un empoisonnement, le poison ayant été fabriqué dans le tube digestif, aux dépens des aliments ingérés, par les micro-organismes qui y pullulent.

B. — TRAITEMENT

Les indications du traitement se posent donc nettement. Ici, plus encore que dans les diarrhées toxi-infectieuses fébriles, il faut se hâter de tarir la source du poison, il faut rendre à l'organisme l'eau qu'il a perdue et relever, par tous les moyens, les forces de l'enfant.

L'antisepsie du tube digestif s'impose comme une règle absolue; mais comment faut-il la pratiquer?

En premier lieu, il faut interdire tout aliment, même le lait, qui ne tarderait pas à se transformer en poison dans l'intestin (Seiffert). Il est indispensable de prescrire la *diète aqueuse* et de ne donner aux enfants que des *boissons glacées* par cuillerées à café toutes les dix ou quinze minutes: eau bouillie additionnée de *lactose*, grog léger, thé et, si les vomissements persistent, *glace pilée*.

Le *lavage de l'estomac* est nécessaire s'il y a des vomissements; mais on a le droit d'hésiter à le pratiquer si l'enfant est déjà tombé dans le collapsus.

Les *lavages de l'intestin* avec l'eau bouillie, pure ou additionnée de *chlorure de sodium* dans la proportion de 7 p. 1000, n'inspirent pas les mêmes appréhensions et sont sans inconvénients. Il faut y recourir plusieurs fois par jour, car ils opèrent mécaniquement la désinfection de l'intestin et modèrent la soif; mais il est bon d'élever la température à 33° ou 34°.

Les antiseptiques intestinaux: *résorcine*, *thymol*, *benzoate de soude*, *iodoforme*, *salol*, *salicylate de bismuth*, *acide salicylique*, etc., n'ont donné aucun résultat sérieux. Le *calomel* peut être utile au début, non plus à la dose de 0^{gr},05 ou 0^{gr},10, en une fois, mais par prises de 1 centigramme toutes les deux heures; seulement son action est trop lente.

Il faut lui préférer l'*acide chlorhydrique*, ou mieux la *limonade lactique*, formulée plus haut et donnée par cuillerées à café toutes les dix ou quinze minutes. Ainsi administré, par petites quantités, l'acide lactique pénètre dans l'intestin et acidifie son contenu; il agit à la fois comme antiseptique et comme astringent, et il mérite la faveur dont il jouit.

Pour rendre à l'organisme l'eau dont il a besoin, on injecte dans les veines des malades atteints de choléra asiatique des solutions salines auxquelles on donne le nom de sérums artificiels. Chez l'enfant, l'opération est difficile, à cause du faible calibre des veines, et elle ne serait pas toujours facilement acceptée; mais les *injections sous-cutanées d'eau salée* à 7 p. 1000 ou de sérum de Hayem doivent être employées largement; elles agissent peut-être moins vite; mais leur effet est indiscutable et elles n'exposent à aucun danger si elles sont faites avec soin. Chez un enfant de cinq à six mois, il ne faut pas hésiter à injecter sous la peau 15 ou 20 centimètres cubes d'eau salée toutes les quatre heures, tant que les phénomènes de toxémie restent menaçants. Quand les symptômes s'atténuent, il faut continuer les injections, mais en les espaçant davantage. Ces injections n'ont pas pour unique effet de rendre de l'eau à l'économie; elles augmentent la pression artérielle et l'énergie des contractions cardiaques; elles

agissent activement sur le système nerveux et sur les sécrétions; en un mot « elles donnent un coup de fouet à l'organisme ».

Elles sont bien préférables aux *injections d'éther* ou de *caféine*; pourtant ces dernières ne sont point à dédaigner; il faut y recourir si la peau se refroidit et si le cœur faiblit.

L'*alcool*, sous forme de grogs, de vin de Malaga, d'*alcoolat* de mélisse, etc., associé ou non à la *teinture de cannelle* et largement étendu d'eau, trouve son indication dans toutes les diarrhées cholériformes. Le thé additionné de rhum est fréquemment prescrit.

Quand le refroidissement tend à se produire, il faut recourir aux *bains sinapisés* dont on peut répéter l'emploi deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Les enfants doivent être enveloppés d'ouate et entourés de boules chaudes; il est bon d'appliquer sur l'abdomen des *cataplasmes* ou des *compresses* chaudes, et de couvrir les paupières de compresses humides pour éviter la dessiccation des cornées.

L'*opium*, formellement proscrit par Trousseau, Parrot, Bernhardt, etc., est encore accepté par un certain nombre de praticiens. Son emploi est contre-indiqué s'il y a tendance à l'algidité et au collapsus; mais on peut sans danger et même avec avantage, après le lavage de l'estomac et de l'intestin, ajouter de V à X gouttes d'*élixir parégorique*, suivant l'âge, à la limonade lactique qui doit être prise dans les vingt-quatre heures, afin de calmer les douleurs et de modérer les contractions intestinales, si l'état de la circulation le permet.

Quand on a la chance de voir les accidents s'amender, il faut essayer, douze ou quinze heures après que les vomissements ont cessé, de donner, en très petites quantités à la fois, de l'*eau d'orge*, de l'*eau de riz*, de l'*eau albumineuse*, etc.; puis du lait coupé ou du képhir, à très faibles doses, d'abord toutes les quatre heures. Ensuite on revient graduellement à l'alimentation normale en suivant la marche indiquée à propos du traitement des gastro-entérites fébriles; mais il faut lutter contre les imprudences et les impatiences des parents, car les rechutes sont possibles, et les complications fréquentes.

V

Entérites folliculaires. Entérites muqueuses.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Après les formes fébriles ou algides des infections intestinales, viennent les infections qui s'accompagnent d'une inflammation non douteuse de la muqueuse de l'intestin.

Ces entérites sont plus ou moins aiguës, plus ou moins graves, plus ou moins limitées.

La forme la plus typique est celle qui a été décrite sous le nom d'entérite folliculaire: c'est elle que nous aurons surtout en vue dans ce chapitre; mais les lésions et les symptômes de l'entérite, au lieu d'évoluer d'une façon aiguë et fébrile, peuvent se présenter sous une forme subaiguë ou atténuée; dans certains cas même, l'irritation semble partielle et limitée au gros intestin ou seulement à la dernière portion de cet intestin; elle se traduit alors par les signes d'un catarrhe muqueux qui éveille peu de réaction¹.

L'entérite folliculaire est une forme toujours sérieuse d'infection intestinale; elle modifie pour assez longtemps sinon la structure, du moins la fonction du tube digestif. Par ses lésions anatomiques et par ses caractères cliniques, elle se rapproche souvent de la dysenterie; mais elle en diffère assez pour qu'il ne soit pas possible de la confondre avec elle. Ses altérations sont moins profondes et moins nécrotiques; elle est moins contagieuse, bien qu'elle semble l'être parfois

1. La dénomination d'entérite folliculaire, adoptée par les auteurs allemands (BAGINSKY, UNGER, FINKELSTEIN, etc.), n'est pas absolument exacte, et elle n'a pas échappé à la critique. Le gonflement des follicules n'est nullement pathognomonique; il est le résultat banal d'une infection de l'intestin et de la réaction de ses appareils lymphoïdes. Si nous la conservons, faute de mieux, c'est parce qu'elle s'applique à une forme spéciale d'entérite aiguë. Celle d'entérite muqueuse convient mieux aux formes subaiguës, apyrétiques, à rechute, de l'infection intestinales. Celles-ci sont souvent dues à la constipation et elle succèdent parfois à l'entérite aiguë folliculaire.