

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.

comme les autres infections graves de l'intestin, et ses symptômes sont loin d'être identiques à ceux de la dysenterie épidémique.

Elle peut survenir d'emblée, à la suite de simples troubles digestifs; elle se produit aussi au cours d'un catarrhe chronique dont elle modifie tout à coup la marche et la gravité; et, dans certains cas, elle éclate à l'occasion d'une maladie infectieuse telle que la rougeole, la grippe, etc.

Comme les autres affections intestinales, elle se développe surtout à la fin de l'été, sous l'influence des chaleurs prolongées. Elle prend alors, dans beaucoup de cas, un caractère aigu et fébrile, surtout chez les jeunes sujets. Dans les autres saisons, elle procède généralement d'une façon plus insidieuse. Elle atteint parfois les nourrissons au-dessous d'un an; mais c'est surtout chez les enfants déjà forts et sevrés depuis quelques semaines ou quelques mois, chez les sujets de 2 ans, 3 ans et plus qu'on l'observe dans sa forme la plus caractéristique.

Elle est particulièrement à craindre chez les enfants constipés, alimentés d'une façon excessive, auxquels on donne trop tôt de la viande. On la rencontre souvent chez des enfants nourris longtemps et exclusivement avec du lait stérilisé; et, dans ces cas, ce n'est pas le lait stérilisé qu'il faut incriminer, mais la constipation qu'il occasionne, la stagnation des matières dans le gros intestin et surtout la suralimentation à laquelle on pousse imprudemment les enfants quand on croit qu'ils ne se développent pas assez vite. Cette forme d'entérite est donc fréquente chez les enfants les mieux soignés, particulièrement chez les petits nerveux ou chez les dyspeptiques héréditaires, fils de goutteux, de graveleux ou de nerveux auxquels on impose une alimentation trop forte pour leur capacité digestive, dont le gros ventre témoigne d'une stagnation ou d'une élaboration incomplète des matières alimentaires dans l'intestin, et souvent d'une tendance au rachitisme.

Anatomiquement, elle se caractérise par une tuméfaction

des follicules isolés ou agminés du gros intestin et de la dernière portion de l'intestin grêle, constituant une véritable psorentérie. Ces follicules sont grisâtres ou gris-rougeâtres; ils proéminent au-dessus de la muqueuse et ils atteignent parfois le volume d'un grain de chènevis ou d'un petit pois. Quelquefois ils s'ulcèrent, laissant ainsi à leur place des pertes de substance arrondies. La muqueuse est boursoufflée, tuméfiée, rouge et desquamée par places. L'appareil glandulaire est toujours plus ou moins altéré, surtout au niveau de ses orifices; la sous-muqueuse est épaissie, vascularisée et infiltrée de cellules rondes, particulièrement autour des vaisseaux. Cette inflammation interstitielle qui ne respecte pas toujours la couche musculaire, mais qui affecte de préférence la muqueuse et surtout les follicules, se retrouve parfois jusque dans les premières portions de l'intestin grêle et même dans l'estomac, où l'on voit des masses muqueuses et sanguinolentes.

Cliniquement, les symptômes sont assez variables; car les phénomènes fébriles qui marquent le début de l'affection peuvent être aussi intenses que dans les toxi-infections intestinales à forme typhoïde, tandis que, dans d'autres cas, ils sont atténués ou font presque défaut, alors que les troubles fonctionnels et les phénomènes locaux sont nettement prédominants.

Les modifications que présentent les selles sont d'une importance capitale. Au début, les matières évacuées peuvent sembler normales; mais déjà elles sont putrides, fétides et plus ou moins mélangées. Après avoir été dures, elles ne tardent pas à devenir glaireuses et liquides, vertes, brunes ou décolorées; puis elles sont franchement muqueuses et parfois striées de sang. Souvent alcalines, plus ou moins putrides, elles contiennent du mucus, des éléments épithéliaux altérés, des leucocytes en nombre variable, du sang et surtout d'innombrables micro-organismes. Dans les formes subaiguës et récidivantes qui sont fréquentes, elles contiennent parfois, en même temps que du mucus plus ou moins concrété, du sable

intestinal formé habituellement par du phosphate ammoniacomagnésien.

Souvent les enfants sont tourmentés par des besoins incessants d'aller à la garde-robe; et, cela, pour rendre quelques glaires mousseuses, striées de sang et mélangées de grumeaux verts; mais il est possible que le ténésme fasse défaut et que l'irritation intestinale ne cause qu'une diarrhée légère. Au début des accidents, il y a parfois, surtout dans les formes fébriles, des vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux. Chez certains enfants, ces vomissements sont presque incoercibles et constituent un symptôme extrêmement pénible.

Le ventre est mou, empâté, plutôt rétracté que ballonné. Il y a des coliques pénibles. L'abdomen est douloureux au palper, surtout le long du gros intestin qui est contracté, dur, sensible et donne à la main la sensation d'un tube de caoutchouc. Si la douleur, au lieu de se localiser le long de l'S iliaque, s'étend au cæcum et prédomine dans la fosse iliaque droite, on peut croire, à tort, à l'existence d'une appendicite, erreur singulièrement préjudiciable, car une laparotomie faite dans ces conditions expose l'enfant aux plus grands dangers.

La peau est plus ou moins chaude. Souvent la température s'élève, au début, au-dessus de 39°; mais, sauf complications, cette élévation ne se maintient pas longtemps. La marche de la température est d'ailleurs assez irrégulière, et parfois on observe des montées qui semblent en rapport avec des poussées d'infection intestinale. Le pouls est généralement fréquent; assez souvent il est irrégulier, particularité d'autant plus utile à noter que les vomissements du début peuvent faire croire à un début de méningite.

La langue est saburrale ou sèche et souvent elle est desquamée par places. Cette desquamation en aires reparait au moindre malaise chez les enfants atteints de cette forme d'entérite. La bouche est pâteuse, sèche et souvent elle présente des aphtes plus ou moins nombreux. L'haleine est générale-

ment fade ou même fétide. Cette fétidité de l'haleine est un symptôme précoce et elle avertit de l'imminence des accidents; elle apparait en même temps que les selles deviennent putrides.

Les enfants ont une soif vive, qu'il faut se garder de satisfaire si l'on veut éviter les vomissements qui suivraient l'ingestion d'une trop grande quantité de liquide. L'appétit est généralement perdu, cependant quelques malades réclament à manger; mais ils sont exposés, si l'on se rend à leur désir, à des accidents plus graves.

La situation devient parfois inquiétante; les enfants sont pâles, anxieux, abattus, gémissants; ils ont les traits tirés, les yeux excavés et leur face peut rappeler celle des cholériques; souvent ils présentent un certain degré de cyanose et du refroidissement des extrémités.

La peau est fréquemment le siège d'éruptions érythémateuses, urticariennes, polymorphes, surtout morbilliformes, prédominant sur les poignets, sur les coudes, sur les jambes, sur les genoux et les fesses. Dans les formes subaiguës à répétition, on observe plutôt des éruptions prurigineuses, vésiculeuses ou bulleuses de strophulus qui peuvent rappeler celles de la varicelle ou du pemphigus.

Les accidents peuvent augmenter graduellement d'intensité; les enfants restent alors févrex ou, au contraire, ils se refroidissent. Ils sont emportés par une broncho-pneumonie intercurrente ou meurent dans le collapsus.

Cette terminaison est heureusement exceptionnelle. Ordinairement, sous l'influence du traitement, les selles se modifient peu à peu, deviennent plus rares, moins putrides et moins muqueuses; elles restent cependant assez longtemps liquides ou mal liées et glaireuses; puis elles s'épaississent et, souvent, à la diarrhée succède une constipation contre laquelle on doit lutter pour éviter le retour d'accidents infectieux. La langue redevient humide, mais elle demeure blanche ou desquamée. L'appétit reparait et il faut le modérer, car les rechutes sont à craindre. Le mal passe par-

fois à l'état subaigu. L'enfant reste pâle, maigre et prend l'aspect d'un rachitique; les épiphyses se tuméfient, un chapelet costal plus ou moins marqué se dessine et, dans ces cas, on voit de loin en loin survenir une rechute qui est une répétition, ordinairement atténuée, de la première atteinte. Certains enfants n'ont qu'une seule crise, dont ils guérissent définitivement. La plupart présentent des rechutes plus ou moins nombreuses et cela pendant dix-huit mois, deux ans et même plus. Souvent ces crises reparaissent au moment où, l'enfant ayant retrouvé l'appétit, on croit la guérison assurée; elles surviennent à l'occasion d'une erreur de régime, d'un changement de température et parfois sans cause appréciable.

Il existe, chez ces enfants, une irritation subaiguë de l'intestin; il se fait une fonte rapide des épithéliums et, de loin en loin, surviennent des phénomènes réactionnels qui expliquent suffisamment le trouble de la nutrition. Plus les enfants avancent en âge, plus les symptômes se rapprochent de ceux qu'on observe chez les adultes dans l'entérite muqueuse.

Cette forme apyrétique de l'entérite muqueuse ou membraneuse qui se caractérise par l'expulsion de glaires ou de membranes parfois striées de sang, sans réaction fébrile, sans perte d'appétit, presque sans réaction, se rencontre parfois chez les enfants constipés; elle peut s'établir d'emblée, plus souvent elle est consécutive à une poussée aiguë d'entérite folliculaire.

Dans la forme aiguë ou subaiguë de l'entérite folliculaire ou muqueuse, à côté d'une irritation locale non douteuse, on note habituellement des phénomènes de toxémie, variables suivant les cas et parfois alarmants. Finkelstein a essayé d'établir la spécificité de cette affection, qu'il attribue à un microbe spécial, voisin du coli-bacille dont il se différencierait par quelques réactions micro-chimiques. De son côté Escherich, dans trois cas, a trouvé dans les selles un streptocoque spécial, et sa communication m'a d'autant plus frappé qu'à l'autopsie d'un enfant mort aux Enfants-Assistés, Thier-

celin nous avait montré d'innombrables streptocoques à la surface de la muqueuse intestinale. Il y a là des recherches intéressantes à poursuivre.

B. — TRAITEMENT

Le traitement variera avec les périodes de la maladie.

Au début, il faudra surtout modérer les accidents d'infection; plus tard, on devra chercher à en empêcher le retour.

Dans la première période, quand l'enfant a de la fièvre, quand il souffre de douleurs vives, quand il rend des selles putrides et a du ténesme, il faut évacuer le contenu toxique de l'intestin. Les laxatifs sont alors indiqués.

Le meilleur me paraît être le *calomel*, à la dose de 0^{gr},10, 0^{gr},15 ou 0^{gr},20, suivant l'âge du sujet; mais on peut aussi recourir à l'*huile de ricin*, à la magnésie ou même à un purgatif salin, comme la limonade au *citrate de magnésie* ou le *sulfate de soude*.

Le *lavage de l'estomac* trouve rarement son application, si ce n'est chez les enfants qui présentent des vomissements fréquents et presque incoercibles; encore, dans ces cas, peut-on arriver le plus souvent à s'en passer. La *potion de Rivière*, l'*eau chloroformée*, ou simplement des boissons *glacées*, prises en très petite quantité à la fois, suffisent généralement à arrêter ces vomissements.

Par contre, le *lavage de l'intestin* est d'une grande utilité. Seulement il faut éviter de le faire avec des liquides irritants.

La solution d'*acide borique* généralement employée est trop excitante; la solution de *borate de soude* (3 p. 1000) serait préférable et cependant elle ne présente pas de sérieux avantages. Il vaut mieux se servir d'eau bouillie, légèrement *salée* (4 ou 5 p. 1000) ou d'un mucilage comme l'*eau de guimauve*. Quand le ténesme est très pénible, le *lavement d'ipéca* rend parfois des services.

Les *applications chaudes* de cataplasmes ou de compresses

humides sur le ventre calment les douleurs; on peut aussi faire des onctions avec de l'*huile de jusquiame* ou une pommade *belladonée*.

Si les pieds sont froids, il faut les envelopper d'ouate; si la peau est sèche et brûlante, un bain tiède, peu prolongé est tout indiqué.

Tant que l'enfant présente des phénomènes de toxémie, tant qu'il a de la fièvre, il faut éviter de l'alimenter. Le mieux, au début, est de le tenir à la *diète aqueuse*. On lui donnera du grog léger, du thé, de l'eau sucrée, additionnée d'eau distillée de fleurs d'oranger, par petites quantités à la fois. La *limonade lactique* ou la *limonade chlorhydrique*, faible, sont aussi indiquées; on en donnera une cuillerée à dessert ou une cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures. Si les douleurs sont vives et si les accidents abdominaux sont plus accentués que les symptômes généraux, on ajoutera, à cette limonade, quinze ou vingt gouttes d'*élixir parégorique* ou bien une, deux ou trois gouttes de *laudanum*, suivant l'âge, mais cela seulement après l'évacuation du contenu de l'intestin. Ces boissons seront administrées fraîches ou glacées.

Quand les accidents fébriles du début auront diminué d'intensité, on donnera, en plus, de l'*eau albumineuse*, de l'*eau de riz*, puis du lait coupé avec une eau alcaline légère ou du képhir; mais à intervalles assez éloignés, d'abord toutes les quatre heures en commençant par une seule cuillerée à soupe; puis on augmentera graduellement les doses, et on les rapprochera.

En dehors de ce traitement purement diététique qui est à peu de choses près celui de toutes les infections intestinales aiguës, il y a peu de médicaments à conseiller.

Les *injections sous-cutanées d'eau salée* à 7 p. 1 000, qui rendent tant de services dans les diarrhées toxi-infectieuses fébriles ou cholériformes, ne trouvent ici leur indication que dans quelques cas, où la réaction se fait mal et où l'enfant est très déprimé.

Le *benzo-naphtol*, associé ou non à la *magnésie*, le *salicy-*

late de magnésie, le *salol*, etc., qui semblent pourtant tout indiqués, ne donnent que de médiocres résultats; ils sont inutiles dans la plupart des cas.

Peu à peu on augmente la quantité d'aliments; mais assez longtemps il faut laisser l'enfant au régime lacté et, quelquefois, le lait d'ânesse est seul bien digéré.

On peut donner, en plus, d'abord des potages au lait, légers et très cuits; plus tard, des crèmes et des purées légères; mais il faut bien se garder d'aller trop vite.

Le régime de l'enfant qui a présenté une atteinte grave d'entérite, et surtout plusieurs poussées successives, est, en effet, d'une importance capitale; il doit être réglé avec un soin extrême. Les liquides comme les solides doivent être rationnés. On peut dire, d'une façon générale, que l'alimentation doit rester lactée chez les plus grands, tant que la fonction intestinale reste troublée.

Elle doit se composer de lait, de potages au lait, préparés avec des farines d'une digestion facile, de panades très cuites et passées, de légumes en purée, de fruits cuits, soigneusement écrasés et débarrassés de leur enveloppe, de jaunes d'œufs, etc.

Il ne faut pas abuser des potages au bouillon; les œufs ne sont pas toujours bien tolérés. La viande et le poisson ne doivent être donnés que plus tard, si l'enfant a plus de trois ans, mais toujours bien cuits et hachés.

Certains enfants ne tolèrent pas le lait, même coupé, même additionné d'eau alcaline; ils le vomissent ou le digèrent péniblement; ils ont la langue blanche et leur haleine prend une odeur désagréable d'acide butyrique; dans ces cas, il faut, comme après certaines diarrhées cholériformes, avoir recours à la pulpe de *viande crue*, et la *limonade chlorhydrique* est indiquée pour en faciliter la digestion.

La *pepsine* et la *pancréatine* qu'on donne souvent dans ces cas ne sont que des adjuvants peu importants du traitement.

Chez ces enfants, toujours exposés à une rechute, la fonc-

tion de l'intestin doit être surveillée de très près. La constipation est un danger; elle doit être combattue par des *massages* doux et méthodiques de l'abdomen qui excitent l'intestin sans l'irriter; par des applications de *suppositoires de beurre de cacao*, ou de *glycérine* solidifiée; par des lavements tièdes d'eau bouillie, d'eau de *guimauve* ou de *camomille*; au besoin par des laxatifs. C'est à la *magnésie*, à l'*huile de ricin*, à la *manne* ou aux pastilles de *mannite* qu'il faut s'adresser de préférence, le calomel étant réservé pour les infections aiguës et fébriles.

Il faut éviter les refroidissements, le ventre sera couvert de flanelle, et l'enfant vêtu suffisamment, sans exagération. Les fatigues, les *bains* prolongés ou trop froids sont également préjudiciables; l'*hydrothérapie*, même la plus prudente, n'est pas toujours bien tolérée.

Quand les selles prennent une odeur putride et quand l'haleine de l'enfant devient fade, il faut se méfier: une rechute est à craindre. Dans ce cas, le retour à la diète lactée, un laxatif et des lavements tièdes seront immédiatement conseillés.

Si l'enfant, à la suite de ces troubles dyspeptiques, présente une tendance au rachitisme, il faut recourir avec précaution aux préparations de *phosphate de chaux*. Celles-ci seront moins indiquées s'il existe du sable intestinal.

Souvent, on est obligé de donner des poudres alcalines: *bicarbonate de soude*, *magnésie*, *salicylate de magnésie*, *carbonate de magnésie*, etc.; mais il n'en faut pas abuser.

Chez les enfants déjà grands, constipés et sujets à des poussées d'entérite muqueuse avec production de sable intestinal, une cure thermale à *Châtelguyon*, à *Carlsbad*, à *Kissingen*, à *Hombourg* et, dans certains cas, à *Plombières*, donne parfois d'excellents résultats.

Reclus a soutenu à l'Académie que l'entérite folliculaire constituait une prédisposition à l'appendicite. Le fait est possible, bien qu'assez rare. Si l'on trouve souvent des follicules hyperplasiés dans les appendices enlevés par les chi-

rurgiens, c'est que la réaction des follicules est une lésion banale qui peut être due aussi bien à un processus local qu'à une infection générale plus ou moins spécifique. Il n'en est pas moins vrai qu'un enfant atteint d'entérite muqueuse doit toujours être surveillé de très près; mais il faudrait bien se garder de lui enlever l'appendice à la moindre alerte.

VI

Diarrhées chroniques.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les diarrhées chroniques sont fréquentes dans le jeune âge, particulièrement chez les nourrissons.

Elles reconnaissent des causes multiples. Les unes, d'origine dyspeptique, sont, à l'origine du moins, d'ordre purement fonctionnel; les autres sont occasionnées et entretenues par des altérations d'organes comme celles que causent la tuberculose ou la syphilis; dans toutes, la persistance du catarrhe intestinal peut amener le développement de lésions intestinales ou viscérales plus ou moins profondes et durables. Les premières sont les plus intéressantes à étudier; les autres ne nous arrêteront pas, étant décrites dans des chapitres spéciaux.

Les troubles dyspeptiques et les infections gastro-intestinales aiguës laissent souvent à leur suite une diarrhée persistante, si les causes qui les ont fait naître restent les mêmes. La plupart des diarrhées chroniques des enfants procèdent d'un catarrhe intestinal, léger ou pyrétique, qui a été primitivement aigu et qui eût été passager s'il n'avait pas été entretenu par une alimentation mal réglée ou vicieuse.

Ces diarrhées tenaces, d'origine dyspeptique, ont des caractères variables suivant l'âge et suivant le mode d'alimentation des enfants. Nous en signalerons brièvement plusieurs variétés: