

On doit, au cours de ces diarrhées, recourir fréquemment à l'emploi des laxatifs légers, soit du *calomel* à très petites doses, soit des substances salines (*citrate de magnésie, sulfate de soude, sel de Seignette*) pour évacuer le contenu de l'intestin et pour modifier les sécrétions.

L'action stimulante de l'air pur n'est point à dédaigner. Aussi obtient-on parfois des résultats inespérés en changeant simplement de milieu des enfants qui semblaient condamnés à périr.

4° Diarrhées chroniques des enfants déjà grands.

A. — Chez les enfants de 5 à 15 ans, on peut rencontrer, en dehors de la tuberculose et même sans qu'il faille incriminer des erreurs graves de régime, des diarrhées tenaces, absolument pareilles à celles qu'on trouve chez certains adultes et dont la cause première est un trouble de la fonction stomacale.

Rien n'est plus commun que d'observer, chez les jeunes sujets nerveux et arthritiques, une constipation opiniâtre, avec des poussées d'entérite muqueuse ou pseudo-membraneuse, des digestions lentes et difficiles, de la céphalée, de l'inaptitude au travail, des troubles du rythme cardiaque, des congestions passagères du foie, de l'albuminurie intermittente, du refroidissement des extrémités, des arthropathies, etc.

Dans des conditions analogues, on rencontre des diarrhées persistantes. Il s'agit alors d'enfants maigres, pâles et parfois bouffis, qui ont la langue saburrale, les dents et les gencives altérées et l'haleine fétide. L'estomac est plus ou moins distendu et clapotant. Les coliques sont fréquentes. Les selles, presque toujours liquides, sont fétides et souvent mousseuses. Le suc gastrique contient très peu d'acide chlorhydrique, mais beaucoup d'acides de fermentation. Les urines sont riches en indican, rarement albumineuses. Ces sujets sont fatigués au moindre effort et incapables de travail.

B. — La guérison est souvent longue à obtenir. On com-

mence ordinairement par employer, sans grand succès, les préparations *opiacées*, les poudres absorbantes, les astringents, etc.; mais on ne réussit qu'en modifiant sérieusement le régime.

Le lait est souvent assez mal toléré, de même que la viande crue. Les potages très cuits, épais et dégraissés, les purées de légumes secs, le riz, le macaroni, les pâtes, les œufs à la coque, les viandes très cuites et tendres, réussissent mieux. L'acide chlorhydrique est généralement utile.

Il est bon de donner, pendant un certain temps, tous les matins, une légère dose d'eau laxative (*Hunyadi Janos, Pullna, Montmirail*, etc.), ou un sel neutre (*sulfate de soude, sulfate ou citrate de magnésie*) en très petite quantité et d'administrer ensuite, avant chaque repas, une petite dose d'opium (*laudanum, élixir parégorique, gouttes noires anglaises*, etc.). Le phosphate de chaux sous forme de *décoction blanche de Sydenham* ou de *glycéro-phosphate* est aussi nettement indiqué.

C'est dans ces cas qu'on obtient d'excellents résultats avec les eaux de *Plombières* ou de *Carlsbad*.

VII

Athrepsie.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

L'athrepsie (atrophie des enfants, atrophie gastro-intestinale, dénutrition progressive, etc.) a été considérée par Parrot, qui en a tracé le tableau d'une façon magistrale, comme une maladie spéciale, se présentant sous deux formes, à savoir :

Une forme aiguë dont la description reproduit manifestement celle des infections intestinales, pyrétiques ou algides, et sur laquelle nous n'avons pas à revenir ;

Et une forme subaiguë ou chronique, sorte d'état cachec-

tique, plus ou moins complexe, qui mène presque fatalement les enfants à la mort.

Maintenant, nous ne pouvons plus envisager les choses de la même façon. L'athrepsie n'est pas une maladie, c'est un aboutissant : c'est une sorte de dystrophie générale et profonde qu'on voit apparaître chez le nouveau-né placé dans de mauvaises conditions de nutrition ; c'est la cachexie de l'enfant qui n'a guère dépassé 3 mois. A l'origine de cet état morbide, on trouve presque toujours des troubles digestifs ; mais si, dans les premiers mois de la vie, ces troubles conduisent à l'athrepsie, plus tard, ils causent une perturbation de la nutrition qui se manifeste surtout par l'apparition du rachitisme.

Parmi les enfants qui s'atrophient, les uns y sont manifestement prédisposés par leur débilité native, par une malformation congénitale ou par une maladie héréditaire ; les autres semblent bien constitués, mais ils sont victimes des conditions déplorables dans lesquelles ils se trouvent placés. A l'hôpital, dans les crèches et, d'une façon générale, dans les agglomérations d'enfants, l'athrepsie est encore fréquente ; elle y était presque fatale autrefois, et Hervieux l'attribuait, non sans raison, à une sorte de septicémie nosocomiale. Elle peut être causée par l'insuffisance de l'allaitement. On l'observe alors chez les enfants dont la mère a un sein mal fait, un mamelon trop court, des crevasses, des abcès, etc. ; chez ceux dont la nourrice est malade ou insuffisante et chez ceux que l'on tue intentionnellement par inanition. Mais généralement, ce n'est pas la quantité du lait qui fait défaut, c'est la qualité. L'athrepsie est plus souvent la conséquence d'une alimentation mal dirigée, trop abondante, mal réglée et surtout de l'alimentation artificielle avec du lait de vache, même bouilli ou stérilisé, que de la privation du lait.

Mais, ici, nous retrouvons les causes habituelles des dyspepsies et des infections intestinales qui sont la cause déterminante la plus ordinaire de l'athrepsie.

C'est après avoir présenté, pendant quelque temps, des troubles digestifs plus ou moins menaçants qu'on voit les

enfants baisser progressivement de poids, s'amaigrir, se fondre et se transformer. Tout l'organisme souffre et semble se dessécher. La bouche s'agrandit, les saillies osseuses des pommettes et des mâchoires s'accroissent ; la peau s'amincit, pâlit, se pigmente et se creuse de rides profondes, sur le front et sur les joues ; les yeux s'enfoncent et la physionomie rappelle celle d'un vieillard décharné ou d'un singe. Les fontanelles se dépriment, les os du crâne chevauchent, la cornée se sèche et se dépolit. Sur la face, la peau prend une teinte bleuâtre ; sur le corps, elle se sèche, se parchemine, se couvre de poils et se plisse comme une enveloppe trop large pour les parties qu'elle recouvre.

Des ulcérations apparaissent au niveau des talons et des malléoles, autour de l'anus et sur les grandes lèvres. Le ventre est mou, flasque ou anormalement distendu et sillonné de veines bleues ; souvent il se couvre de taches purpuriques dans les derniers jours de la vie.

La muqueuse buccale est rouge, collante, acide et très souvent recouverte de muguet ; des ulcérations se produisent au niveau du frein de la langue, à la lèvre inférieure, aux commissures et surtout à la voûte palatine, au niveau de la saillie des apophyses ptérygoïdes (plaques ptérygoïdiennes de Parrot).

L'enfant qui, au début, poussait des cris violents et manifestait ainsi sa souffrance, devient plus silencieux. Son cri s'affaiblit, devient monotone (cri de détresse de Parrot) et finit par s'éteindre. La soif semble vive, mais l'enfant, après avoir pris le mamelon, le quitte aussitôt. Il reste immobile, les jambes pliées, les doigts et les orteils fléchis.

La diarrhée se calme souvent ; il arrive même qu'elle disparaisse et que les selles redeviennent normales. Les urines sont peu abondantes ou nulles ; les quelques gouttes émises sont épaisses, chargées d'urates et laissent un dépôt cristallin sur le prépuce. La respiration s'accélère, mais elle est superficielle ; le pouls s'affaiblit et se ralentit, la température s'abaisse graduellement et tombe au-dessous de 36°. Le sang

est épais, comme concentré. Les pupilles se rétrécissent, l'enfant est plongé dans un engourdissement comateux et il finit par s'éteindre, sans secousse, le moment où il passe de la vie à la mort étant presque impossible à saisir.

Souvent on note des érythèmes simples ou vésiculeux qui peuvent être le point de départ d'ulcérations, d'éruptions pemphigoïdes, d'abcès multiples ou même de plaques de spnacèle. Les otites suppurées sont presque constantes, mais elles ne causent qu'exceptionnellement la perforation du tympan; le dénouement peut être précipité par une broncho-pneumonie, par un érysipèle ou une péritonite qui n'arrivent pas à faire cesser l'hypothermie.

Quand ces enfants ont succombé, on trouve très peu de lésions à l'autopsie. La peau est sèche, écailleuse et amincie, la bouche et parfois le pharynx, l'œsophage et même l'estomac sont tapissés de muguet; l'estomac, ordinairement dilaté, présente une muqueuse gris pâle avec un pointillé hémorragique, dans certains cas, et des altérations histologiques qui sont les traces de l'infection gastro-intestinale initiale; l'intestin grêle est pâle, aminci, atrophié. Le foie est ordinairement gras ou marbré; les reins, congestionnés, présentent des infarctus uratiques et des lésions épithéliales; la rate est petite et molle; le pancréas, habituellement peu volumineux, est pâle. Les poumons sont atelectasiés dans les parties inférieures; le cœur, petit et jaunâtre; le cerveau présente parfois des taches de stéatose dans la substance blanche. Tous les organes portent la trace, non seulement d'une atrophie, d'une sorte de dessèchement de leurs tissus, mais aussi d'une infection dont on trouve parfois les agents.

Cet état s'explique, d'abord, par une infection gastro-intestinale, ensuite par un trouble de l'assimilation. Celui-ci résulte probablement de l'atteinte subie par l'appareil digestif, par la muqueuse de l'estomac et de l'intestin, par les glandes, par le système lymphatique et par le foie. Il s'observe parfois chez les enfants nourris au sein d'une façon insuffisante; mais il est surtout le résultat de l'allaitement au biberon. Il ne

s'explique pas seulement par une déperdition de liquides, car la toxi-infection qui l'a fait naître se retrouve, plus ou moins évidente, à tous ses stades.

Quand l'athrepsie est nettement caractérisée, il y a bien des chances pour que l'enfant succombe malgré tous les efforts qu'on tentera pour le sauver.

B. — TRAITEMENT

Pour guérir un athrepsié, c'est moins aux médicaments qu'il faut avoir recours qu'aux véritables modificateurs de la nutrition.

Tout d'abord, il faut changer le mode d'alimentation. Si l'enfant est au sein, on essaiera, pour commencer, de régler les tétées, de les espacer d'une façon plus judicieuse et, si la baisse de poids continue, on changera la nourrice, alors même qu'elle semblerait avoir un lait suffisant.

Si l'enfant est au biberon, on lui donnera une nourrice. Mais la chose est quelquefois absolument impossible; on essaiera alors de couper le lait, on donnera du lait maternisé, etc.; et malgré tout, dans ces cas, on échouera généralement.

Les petits repas doivent être soigneusement mesurés; il ne faut donner à l'enfant que ce qu'il peut digérer, et lui laisser le temps de faire ses digestions.

S'il y a des vomissements, et la chose est fréquente, car certains enfants vomissent pendant des semaines une partie de leurs tétées, on fera des *lavages de l'estomac* avec de l'eau de Vichy; parfois on aura recours à la *cocaïne*, ou à l'eau *chloroformée* étendue d'eau.

S'il y a de la diarrhée, on donne de l'eau de chaux, de la craie, du talc, du tannigène, et même, de loin en loin, une très petite dose de *calomel*; mais ce traitement des troubles dyspeptiques suffit rarement à arrêter la marche de la dénutrition si l'on n'a pas recours à des moyens plus actifs.

Les *injections d'eau salée*, 7 p. 1 000, faites sous la peau, trois ou quatre fois par jour, à la dose de 10 grammes à chaque

fois, s'il y a de la diarrhée, à la dose de 2 à 5 grammes seulement s'il n'y en a pas, peuvent, dans certains cas, déterminer de véritables résurrections. Ces injections, dont on peut varier la formule (sérum d'Hayem, de Chéron, etc.) sont un des plus puissants stimulants de la nutrition que l'on puisse employer.

Elles doivent être continuées longtemps, cependant elles ont, à la longue, des inconvénients qu'il faut connaître. Quand on les fait pendant plusieurs semaines, en trop grande quantité, elles finissent par amener une diminution notable du chiffre de l'hémoglobine qui se révèle par la pâleur de l'enfant. Cependant le chiffre des globules rouges varie peu; il semble donc que ces injections opèrent une sorte de lavage du sang.

Dans ces cas, on peut les interrompre momentanément et les recommencer quelques jours plus tard s'il est nécessaire, ou bien remplacer la solution de NaCl à 7 p. 1000 par un sérum plus concentré, comme celui de Chéron.

Chez les enfants infectés et particulièrement chez les tuberculeux, ces injections causent parfois des poussées fébriles. Il n'est pas rare de voir la température s'élever au-dessus de 39° après une simple injection de 10 centimètres cubes; mais, si l'on continue malgré cela, la réaction est de moins en moins nette après les injections suivantes. Chez les athrepsiés, la réaction est généralement nulle et les injections sont très bien tolérées; tout au plus causent-elles un peu d'excitation.

L'aération est un autre point d'une importance capitale. Il faut protéger les enfants contre le froid, avec d'autant plus de soin qu'ils se défendent moins bien contre les variations de la température extérieure; mais il y a tout avantage à les mettre à l'air et même au soleil, en leur abritant la face. A l'hospice des Enfants-Assistés, pendant l'été, les athrepsiés et les syphilitiques sont placés, tout le jour, dans la cour ou dans le jardin, chaudement couverts, protégés contre les courants d'air et contre le soleil par une sorte de tente et, chose

curieuse, ils guérissent mieux en été qu'en hiver, alors que l'action nuisible de la chaleur sur les affections gastro-intestinales ne fait de doute pour personne. J'ai eu recours plusieurs fois, avec succès, à l'emploi des bains d'air comprimé; mais l'application de ce moyen est forcément restreinte.

Quand l'enfant est petit, chétif et n'équilibre pas sa température, fait habituel chez les avortons et assez fréquent chez les athrepsiés, il est bon de le placer dans une couveuse. On lui évite ainsi une déperdition inutile de calorique. Dans tous les cas, il faut couvrir chaudement les enfants débiles et les tenir très proprement.

C. — TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Il est inutile de s'arrêter longtemps au traitement des complications.

Les érythèmes seront pansés avec du *bismuth* ou du *talc*. Ce pansement est le meilleur mode de traitement des supurations multiples de la peau, des bulles pemphigoïdes, des pustules, etc., qui apparaissent si souvent sur la peau, et il sert surtout à éviter la propagation de ces lésions.

On traitera le muguet avec des collutoires au *borate de soude*, et des lavages de la bouche avec l'*eau de Vichy*. Le meilleur moyen de le faire disparaître rapidement m'a paru être le *lavage de l'estomac*, fait deux fois par jour, avec de l'eau de Vichy tiède.

Il suffit de protéger les ulcérations cutanées contre les infections secondaires. Ces ulcérations de la peau, aussi bien que celles des muqueuses, guériront spontanément quand l'état général de l'enfant deviendra meilleur.

Le point capital, celui qui prime tout, c'est de donner à l'enfant une nourrice qui lui convienne.