

pas indigène de Saint-Petersbourg, a dû être apporté par les bestiaux qui sont amenés du pays des Techerkesses ou de la Podolie.

Weisse raconte avoir une fois reçu un ténia de plus de quatre pieds de long, qui lui fut envoyé par un confrère à qui il avait recommandé la viande dans un cas de diarrhée chez un enfant de dix-huit mois. — Le ténia fut expulsé après l'emploi de l'huile éthérée de fougère mâle. Malgré ce reproche adressé au traitement par la viande crue, la médication ne doit pas moins être conseillée dans les cas graves — seulement, il faut choisir de la viande de bœuf sain.

Il faut savoir enfin que dans l'hôpital des Enfants confiés à ses soins, Weisse a souvent essayé, mais sans aucun succès, de la viande crue dans les diarrhées d'enfants plus âgés, qui sont malades sans que la dentition soit pour rien dans leur affection. Le plus souvent cette diarrhée reconnaît pour cause des ulcérations du canal intestinal (1).

On se trouve également bien d'administrer la glycérine bien pure, ou *glycérine de Price*, à la dose de 40 à 80 grammes par cuillerée; le *phosphate de chaux* à la dose de 1 à 4 grammes dans du sirop; la *magnésie calcinée* à la dose de 25 à 50 centigrammes, ou d'employer le mélange suivant, dont la formule se trouve dans Hufeland :

℥ Poudre d'yeux d'écrevisse.....	50 centigrammes.
Essence de fenouil	30 grammes.
Sirop de rhubarbe	30 —

Remuez et donnez une cuillerée à café toutes les heures.

Dans quelques cas, lorsque la diarrhée succède à la constipation, il faut employer de légers purgatifs, tels que :

Sirop de violettes.....	30 grammes.
Huile d'amandes douces.....	20 à 30 grammes.

Ou bien, le *sirop de chicorée* composé, qui se donne à la dose de 30 ou 40 grammes; le *calomel* à celle de 5 centigrammes, etc.

Il est rare que l'on ait occasion d'épuiser tous ces moyens, ni qu'on soit obligé de recourir à l'emploi du *guarana*, 2 à 4 grammes dans de l'eau sucrée, de la *ratanhia*, 1 à 2 grammes d'extrait, de la *monésia*, du *tannin* et des autres astringents, dont je parlerai à propos de la diarrhée inflammatoire. Le simple changement de régime suffit pour calmer la plupart des diarrhées spasmodiques et catarrhales. Elles ne résistent que lorsqu'un élément nouveau est venu compliquer l'irritation d'entrailles et que la maladie s'est changée en une véritable entéro-colite. Cette affection se présente alors avec des symptômes tout différents et réclame l'emploi de moyens nouveaux, dont l'exposé prendra naturellement place à la fin du chapitre suivant et qui a pour sujet la diarrhée inflammatoire.

Aphorismes.

289. La diarrhée des enfants à la mamelle est quelquefois indépendante des inflammations et autres lésions matérielles de l'intestin.

290. Chez l'enfant, la diarrhée est souvent un flux qui résulte du froid, des impressions morales, de la mauvaise hygiène, de l'entassement, de la malpropreté et des impressions morales de la nourrice.

(1) Weisse, *Journal für Kinderkrankheiten*, janvier et février 1858, et *Bulletin de thérapeutique*, février 1859, t. LVI, p. 202.

291. La diarrhée est souvent un phénomène sympathique de l'irritation buccale causée par l'évolution dentaire.

292. La diarrhée est très-fréquente chez les enfants nourris au biberon.

293. Un lait trop abondant ou donné sans aucune mesure produit toujours la diarrhée.

294. La diarrhée apyrétique jaunâtre homogène a généralement peu d'importance.

295. La diarrhée jaunâtre verdissant à l'air sous l'influence de la réaction des urines n'a rien de grave.

296. La diarrhée jaune verdâtre, ou panachée de grumeaux de caséum, indique une irritation considérable de l'intestin.

297. La diarrhée séreuse abondante est toujours un phénomène grave.

298. Chez les enfants, la diarrhée sanguinolente et l'hémorrhagie intestinale sont fort graves.

299. Quand la diarrhée est fébrile et se prolonge, elle annonce l'entéro-colite.

300. La diarrhée cholériforme indique l'existence d'une entéro-colite aiguë excessivement grave.

301. La diarrhée catarrhale, spasmodique, guérit ordinairement très-vite.

302. Chez les enfants, la diarrhée chronique amène le gros ventre par suite de la tympanite et de la tuméfaction des ganglions du mésentère.

303. Une diarrhée catarrhale qui se prolonge engendre toujours l'inflammation des intestins.

304. C'est un préjugé que celui qui consiste à entretenir la diarrhée de la dentition.

305. Toute diarrhée un peu considérable doit être aussitôt combattue par les médicaments susceptibles de la guérir.

306. Il suffit souvent de changer de nourrice ou de régler les heures de l'allaitement, en les éloignant les unes des autres, pour guérir la diarrhée.

307. On peut changer plusieurs fois de nourrice jusqu'à ce qu'on ait trouvé celle qui convient aux besoins de l'enfant.

308. Les enfants à qui on donne prématurément des aliments solides et qui ont de la diarrhée guérissent aussitôt qu'on les nourrit de lait.

309. La diarrhée catarrhale guérit par les bains, les astringents intérieurs, le sous-nitrate de bismuth et les opiacés.

CHAPITRE III

DE L'ENTÉRO-COLITE

La diarrhée qui se rattache aux altérations anatomiques de l'intestin grêle et du gros intestin mérite le nom d'*entéro-colite*, afin qu'il ne reste aucun doute sur le siège précis de la maladie. C'est ce que M. Parrot a décrit en 1875 sous le nom d'*atrepsie*. Était-il bien nécessaire d'introduire ce nouveau nom dans la science? Je ne le crois pas. Les noms nouveaux qui s'appliquent à des choses nouvelles sont utiles, mais quand ces noms sont imaginés pour en remplacer d'autres que l'usage a consacrés, il faut les repousser comme étant de nature à amener la confusion dans la science. — Ce n'est pas d'ailleurs à une époque comme la nôtre, toute entière vouée à la localisation anatomique, qu'il convient de supprimer une dénomination basée sur l'anatomie pathologique pour la remplacer par un mot qui n'est que l'indication d'un symptôme. *Atrepsie* veut dire d'après son auteur défaut de

nourriture, mais la phthisie pulmonaire est un défaut de nourriture, la tuberculose entéro-mésentérique, la coxalgie et les tumeurs blanches suppurées entraînent à la longue l'amaigrissement qui révèle un défaut de nourriture. La science avait les mots *cacochymie*, de *cachexie*, de *cacotropsie*, de *marasme*, de *consomption*, de phthisie, pour indiquer ces différents états. Elle n'a rien à gagner en acceptant le mot d'atropsie, pour remplacer celui de gastro-entérite et d'entéro-colite. Aux idées et aux découvertes nouvelles il faut des mots pour les qualifier, mais ce n'est pas faire avancer la science que de démarquer ce qui appartient à tous pour le marquer à son nom.

L'entéro-colite est une des plus redoutables affections des enfants à la mamelle ; c'est la plus commune de toutes celles que l'on observe à cet âge. Elle se présente avec un caractère d'unité remarquable, qui se perd à la fin de la seconde année. Alors elle devient de plus en plus rare, et sa forme change à mesure que l'on s'éloigne de l'époque du sevrage. Plus tard, c'est tout simplement de l'entérite. Dans quelques cas, elle est tellement aiguë qu'elle se rapproche du choléra et elle prend le nom d'entérite cholériforme. J'en parlerai plus loin à propos des symptômes.

L'entéro-colite est donc une affection qui est presque spéciale aux enfants du premier âge. Les désordres principaux de cette maladie ont leur siège dans le gros intestin et, par extension, dans la fin de l'intestin grêle, disposition inverse de celle qu'on observe dans la fièvre typhoïde, où, comme on le sait, les altérations sont placées dans l'iléon avec une jetée dans le gros intestin.

Anatomie pathologique. — *Gros intestin.* — Chez les enfants dont j'ai recueilli l'histoire, complétée d'ailleurs par l'inspection cadavérique, j'ai pu constater l'altération constante du gros intestin, étendue de l'une à l'autre de ses extrémités. Cette altération est, dans le plus grand nombre de cas, bornée à la muqueuse, ailleurs étendue au tissu cellulaire sous-muqueux et, sur un petit nombre de malades, à toutes les tuniques du gros intestin.

Cet organe est ordinairement contracté, rétréci, par suite du spasme de la tunique musculaire. La muqueuse forme dans son intérieur un grand nombre de plis, dont le sommet, constamment irrité par le passage des matières excrémentielles, présente souvent des traces d'inflammation. Cette membrane offre une couleur qui varie du rose pâle à un incarnat fort éclatant. La coloration est due à la présence d'un réseau capillaire fort riche qui affecte deux dispositions très-remarquables. Dans un cas, il couvre toute la surface de la muqueuse ; les rameaux, entre-croisés à l'infini, sont interrompus çà et là par de petits corps blanchâtres, saillants, déprimés au centre, qui forment des taches plus ou moins apparentes, suivant les sujets. Ce sont les follicules muqueux de l'intestin hypertrophiés, dont l'intérieur est rempli par une petite quantité de mucus grisâtre que la pression fait sortir. Dans l'autre cas, la rougeur existe au sommet des plis dont j'ai parlé. Elle se présente sous la forme de linéaments rouges, irrégulièrement disposés, comme les plis, dans le sens de la longueur du côlon, ou plus obliquement, de manière à se couper et à former des losanges et des parallélogrammes inégaux.

En ces endroits, l'érosion ne tarde pas à se faire, le tissu disparaît et l'ulcération s'établit, également bizarre dans sa forme, sinueuse comme les plis qu'elle surmonte.

Ces ulcérations sont ordinairement fort étroites, peu profondes, faciles à méconnaître. Leurs bords sont un peu rouges, nullement tuméfiés, et le fond conserve son harmonie de couleur avec la coloration voisine. Il faut alors examiner de fort près, à contre-jour, pour s'assurer de leur existence.

D'autres ulcérations existent dans les intervalles des plis de la muqueuse. Celles-

ci sont de même difficiles à apercevoir, et contrastent avec les surfaces environnantes par leur bord légèrement enflammé. Elles sont fort petites, très-superficielles, à peu près circulaires. Elles sont placées au niveau des cryptes mucipares et semblent formées à leurs dépens. Si la maladie date d'une époque éloignée, un grand nombre d'entre elles a déjà eu le temps de se cicatrifier, et l'on aperçoit seulement une petite dépression à la surface de la muqueuse, sans qu'aucun changement de couleur ait persisté.

L'épaississement de la muqueuse est fort difficile à constater s'il n'est considérable. Chez les enfants qui succombent rapidement, sans avoir beaucoup perdu de leur embonpoint, la muqueuse conserve une notable épaisseur. Elle est au contraire, fort amincie et paraît ne plus exister chez ceux qui, étant tombés dans le marasme, meurent lentement et réduits à un état de maigreur déplorable.

Néanmoins, et par exception, il est des sujets chez lesquels cette membrane est évidemment tuméfiée.

La densité de la muqueuse est rapidement modifiée dans l'entéro-colite. Quelquefois elle résiste aux tractions qu'on lui fait subir, mais le plus souvent il est impossible de pouvoir l'enlever par lambeaux. Elle se détache par petits fragments, tant le ramollissement est considérable. Nous avons toujours vu ces cas coïncider avec une rougeur très-vive de la membrane.

Avec ces altérations, on peut toujours constater la *psorentérie*, c'est-à-dire le développement anormal des cryptes mucipares de l'intestin, qui dans l'état anatomique ordinaire, échappent facilement à l'observation et se présentent sous forme de points isolés d'une ténuité extrême. Ils paraissent alors sous forme de granulations de 2 à 3 millimètres de diamètre, peu saillantes d'ailleurs, placées dans l'épaisseur ou au-dessous de la muqueuse. Chacun de ces cryptes se trouve percé d'une petite ouverture, à travers laquelle s'exhale le mucus. Souvent cette ouverture est dilatée ; les bords en sont pâles et aplatis ; plus souvent la dilatation résulte de l'ulcération des tissus, comme je l'ai démontré plus haut en mentionnant les cicatrices qui restent sur la muqueuse. On reconnaît ces ulcérations à la rougeur et à la tuméfaction de leur circonférence, modifications peu sensibles, facilement appréciables pour un observateur attentif.

La couche de tissu cellulaire qui sépare les tuniques musculaire et muqueuse participe rarement aux modifications anatomiques de l'état aigu. Sa texture est toujours modifiée dans l'entéro-colite chronique.

Les lésions qu'elle présente sont peu variées, bornées à un simple épaississement dans l'état aigu ; à une induration demi-transparente, quelquefois fort épaisse dans l'état chronique. L'épaississement de la couche sous-muqueuse développé dans l'entéro-colite aiguë ne dépasse jamais 1 millimètre. Le tissu est blanchâtre, légèrement endurci, offrant quelquefois une demi-transparence, semblable à celle qu'il présente chez les dysentériques. Lorsque la maladie date de loin, l'induration est considérable. Le tissu est induré, presque inextensible, d'un aspect demi-transparent, comme lardacé et criant sous le scalpel.

Il est une remarque qu'il faut faire au sujet de cette altération : je veux parler du rétrécissement du côlon. Les transformations qui s'opèrent dans le tissu cellulaire sous-muqueux s'effectuent au moment où le spasme de la tunique musculaire rétrécit le calibre de l'intestin. Il en résulte une enveloppe inextensible autour d'un organe amoindri, enveloppe qui comprime avec force le viscère et l'empêche de revenir à son volume primitif. Une telle disposition doit avoir une fâcheuse influence sur les fonctions digestives de l'enfant.

Les altérations de la tunique musculaire elle-même sont à peu près nulles, si l'on

en excepte cette rétraction dont nous avons plusieurs fois parlé et sur laquelle nous ne reviendrons pas. Elle est le résultat d'un trouble fonctionnel et ne constitue pas, à proprement parler, une altération anatomique.

On rencontre quelquefois, dans la couche du tissu cellulaire sous-péritonéal, des modifications semblables à celle de la couche sous-muqueuse. Je veux parler de l'épaississement de ce tissu que j'ai observé deux fois, mais cette modification était peu considérable.

Intestin grêle. — La muqueuse de l'intestin grêle est la seule des parties constituantes de cet organe qui participe aux altérations de l'entéro-colite. Les lésions qu'elle présente se rencontrent sur presque tous les sujets et s'élèvent à 20 ou 30 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Elles sont caractérisées par une injection partielle, ou sou moins vive, des vaisseaux capillaires, avec tuméfaction et quelquefois ramollissement de la muqueuse.

On voit sur cette portion de la membrane les cryptes isolés, un peu plus volumineux que dans leur état habituel, et sans ulcération de l'orifice; les plaques de Peyer, qui restent dans la plus parfaite intégrité, si ce n'est dans quelques circonstances exceptionnelles où on les trouve tuméfiées et ramollies, mais sans ulcération de leur tissu.

Je n'ai rencontré que deux fois l'extension des altérations précédentes à presque toute la longueur de l'intestin. Partout l'aspect de ces altérations était identique avec celui que nous venons d'indiquer, savoir: coloration et tuméfaction de la muqueuse, avec hypertrophie des cryptes mucipares et gonflement des plaques de Peyer. Il existait, en outre, dans le gros intestin des altérations semblables à celles de l'intestin grêle.

Chez deux autres sujets affectés de colite, il n'y avait pour altération de l'intestin grêle qu'une blancheur éclatante et opaque de la muqueuse, dont la consistance était entièrement détruite depuis la valvule pylorique jusqu'à la valvule iléo-cæcale. Les plaques de Peyer étaient fort peu apparentes.

Estomac. — Cet organe, auquel on a fait jouer un si grand rôle dans la production des évacuations stercorales de l'enfant à la mamelle, ne mérite en aucune manière l'attention dont il a été l'objet. On le trouve toujours à moitié rempli d'aliments dont la base est formée par du lait coagulé. Les substances, toujours acides, reposent sur la face postérieure et dans le grand cul-de-sac de l'estomac.

La muqueuse est ordinairement plissée, pâle et d'une bonne consistance vers la face antérieure de l'organe; elle est d'un rose livide et diffuente dans les parties qui sont en contact avec les liquides que nous venons d'indiquer.

Dans quelques cas, cette membrane est ramollie dans toute son étendue, et conserve la coloration pâle opaque mentionnée plus haut. Au ramollissement de la muqueuse s'ajoute alors celui des autres tuniques du viscère.

Glandes mésentériques. — On rencontre fort souvent, avec les lésions de l'entéro-colite, l'hypertrophie des glandes du mésentère, sans coloration ni transformation de leur tissu. Tout le désordre s'arrête à ce degré.

Ce n'est que plus tard, à une période plus avancée de l'existence, que l'on a occasion d'observer la dégénérescence tuberculeuse de ces ganglions. Chez l'enfant à la mamelle, cette dégénérescence ne s'observe presque jamais; il n'y a que les ganglions bronchiques qui aient la plus grande tendance à subir cette désorganisation.

Anatomie pathologique des complications. — *Tubercules.* — Ce que je viens de dire si brièvement au sujet des ganglions mésentériques s'applique de même aux tubercules de l'intestin: on ne les rencontre jamais chez l'enfant à la mamelle. Leur

développement ne paraît possible, autant que j'en puis juger par mes observations, que vers l'âge de dix-huit mois ou deux ans.

Je n'ajouterai rien de plus en cet endroit sur l'anatomie pathologique des complications de l'entéro-colite et je me contenterai d'indiquer l'érythème des fesses, les ulcérations aux malléoles et le muguet, comme les complications les plus ordinaires de la maladie.

On observe aussi comme désordres anatomiques concomitants de l'entéro-colite la rougeur et le gonflement de la muqueuse buccale, les ulcérations des gencives et de la voûte palatine, quelques affections chroniques du poumon, quelques fièvres exanthématisées, etc. Souvent le développement de l'entéro-colite est consécutif aux altérations organiques des maladies précédentes.

Causes. — J'ai établi, dans le chapitre précédent, qu'il n'y avait entre le trouble fonctionnel de la diarrhée catarrhale et la lésion anatomique de la diarrhée inflammatoire qu'une différence de degré; j'ai même ajouté que celle-ci était fort souvent la terminaison de la première. On peut continuer le rapprochement, qui ne sera démenti nulle part. Ainsi, les causes de la diarrhée spasmodique et catarrhale sont également celles de l'entéro-colite. Les mêmes influences de *mauvais régime*, d'*encombrement*, de *froid*, de *mauvais lait*, d'*alimentation prématurée*, de *dyspepsie*, d'*indigestion*, etc., amènent l'inflammation aiguë de l'intestin. Je me dispenserai donc de revenir sur la discussion soulevée à ce sujet.

Symptômes. — L'entéro-colite est une maladie insidieuse dans son début, rebelle dans sa marche et souvent funeste dans ses résultats. — On la rencontre à l'*état aigu* et à l'*état chronique*. — A l'état aigu, elle se présente exceptionnellement sous une forme très-violente, qu'on désignait autrefois sous le nom de ramollissement de l'estomac, et qu'on nomme aujourd'hui *Entérite cholériforme*.

Entéro-colite aiguë. — Il y a des enfants prédisposés à cette affection. Ce sont ces créatures ordinairement pâles, chétives et douées de peu d'embonpoint, dont les chairs sont molles, rouges et quelquefois excoriées sur les fesses, les parties naturelles et les cuisses. Ces enfants sont placés dans des conditions hygiéniques défavorables, élevés au milieu des privations et souvent de la malpropreté, nourris sans ménagement, avec trop d'abondance ou de parcimonie, alimentés au biberon ou à la timbale, et, par surcroît, déjà arrivés à la période de l'évolution dentaire.

On rencontre aussi, mais plus rarement, cette maladie chez de jeunes enfants fort bien tenus, et placés dans des conditions extérieures plus avantageuses, et par conséquent différentes de celles que nous venons d'indiquer.

Au début de l'entéro-colite aiguë, les enfants semblent légèrement inquiets et agités; leur sommeil est facilement interrompu; ils deviennent exigeants, poussent des clameurs que rien ne justifie, agitent leurs membres en imprimant des mouvements de rotation au bassin et en fléchissant les cuisses sur le ventre. Ils continuent de teter sans y mettre la même ardeur qu'autrefois; les régurgitations sont plus faciles; l'enfant rejette des fragments de caséum non digérés. On constate dès lors un peu de diarrhée caractérisée par l'excrétion de selles jaunes encore homogènes. Il n'y a pas de fièvre; la bouche est humide et rosée, sans chaleur vive. Dans quelques circonstances, il existe un érythème aux fesses et aux cuisses, produit par le contact des déjections, ce qui indique pour la peau une plus grande susceptibilité que dans l'état habituel.

Ces symptômes persistent dans cet état pendant deux ou trois jours, et, il faut en convenir, ressemblent beaucoup à ceux de la diarrhée catarrhale. La similitude est telle, au début, que toute distinction est impossible à établir. Pareille difficulté

existe dans le diagnostic du catarrhe bronchique et de la pneumonie lobulaire des enfants du premier âge.

De part et d'autre, le temps dissipe toute incertitude. De nouveaux caractères dévoilent l'existence de la pneumonie; des symptômes nouveaux viennent révéler celle de l'entéro-colite.

L'amaigrissement se dessine et les chairs perdent leur fermeté par suite de la disparition rapide du tissu graisseux sous-cutané et de l'altération des éléments anatomiques de tous les viscères. C'est ce que l'on appelle *cachexie*, *cacochymie*, *athrepsie* ou *cacothrepsie*. La peau se flétrit, celle du ventre surtout, qui conserve les plis qu'on imprime à sa surface. L'éclat et la fraîcheur du visage disparaissent, les joues tombent, et les yeux, battus et cernés, s'excavent quelquefois d'une manière effrayante; les os du crâne chevauchent les uns sur les autres. Ces déformations s'opèrent parfois en vingt-quatre heures, si les évacuations ont le caractère cholériforme, ce qui est du plus fâcheux augure. Lorsque la maladie dure depuis longtemps, des rides nombreuses s'établissent sur la face, la sillonnent en tout sens, et déforment les traits à un tel point, qu'un enfant de quelques mois ressemble au vieillard le plus cacochyme et le plus maltraité qu'on connaisse.

L'enfant paraît triste, abattu et souffrant. Il se plaint souvent, refuse le sein que lui offre sa nourrice, ou, s'il le prend, c'est pour le quitter aussitôt. Il vomit son lait coagulé et souvent mélangé avec des matières bilieuses. La régurgitation de lait avec *efforts de vomissement* est le phénomène le plus habituel. Il se reproduit plusieurs fois par jour.

La bouche conserve assez souvent son humidité naturelle; elle ne devient sèche que dans les cas les plus graves, et l'haleine est acide. Alors la muqueuse est un peu rouge, gluante; elle est le siège d'une chaleur considérable. La langue offre une teinte rosée à la partie antérieure; elle se dessèche rarement. Sa surface est blanche, semée d'une foule de petits points rouges, ce qui lui donne un aspect gaufré.

L'état des lèvres est conforme à celui de la muqueuse. Elles sont humides dans l'état ordinaire; desséchées, fendillées même, dans l'état le plus grave de l'entéro-colite.

Les gencives présentent des modifications analogues. Elles sont quelquefois tendues et saillantes aux endroits comprimés par une dent près de sortir.

Enfin, on trouve sur la muqueuse buccale des ulcérations et souvent une production accidentelle, le muguet, dont l'existence se rattache de la manière la plus positive à l'affection qui nous occupe. Les relevés statistiques démontrent la vérité de cette coïncidence, et il est fort rare de rencontrer l'une ou l'autre de ces altérations sans qu'il y ait en même temps une entéro-colite.

Le ventre est toujours gonflé, ballonné et paraît être tendu chez les enfants affectés d'entéro-colite; mais cette tension est plutôt le résultat de l'effort musculaire occasionné chez eux par l'investigation du médecin, que le résultat de la maladie elle-même. Cette tension est encore plus évidente au moment des cris. Lorsqu'on peut parvenir à distraire l'enfant et à détourner son attention, la main qui palpe le ventre y trouve une souplesse tout à fait naturelle et détermine rarement de la douleur. La peau de l'abdomen est flasque, conserve le pli fait par les doigts, surtout à une époque avancée de la maladie. Elle n'offre jamais aucune espèce d'éruption exanthématique.

La diarrhée devient considérable; le nombre des selles s'accroît et s'élève jusqu'à dix et quinze par jour. Les matières abandonnent rapidement leur couleur jaune, et se présentent sous des aspects variés dont l'étude ne saurait être indifférente

pour la thérapeutique. Elles offrent aussi quelques propriétés chimiques difficiles à constater, qui pourront peut-être trouver leur application lorsqu'on les aura étudiées sur une grande échelle. Elles sont :

1° Demi-molles, homogènes, glaireuses, verdâtres et semblables à des herbes cuites; neutres.

2° Demi-molles, hétérogènes, vertes; souvent acides et remplies de glaires.

3° Demi-molles, hétérogènes, verdâtres, mélangées à des matières glaireuses et à des fragments jaunâtres de fèces ordinaires; neutres.

4° Demi-molles, hétérogènes, vertes, glaireuses, mélangées à des fragments de caséum non digéré; acides.

5° Diffuses, verdâtres, hétérogènes, composées par une grande quantité d'eau dans laquelle flottent des grumeaux jaunes et verts, ou des grumeaux blanchâtres, acides: cette acidité peut être excessive, et j'ai rapporté plus haut un cas dans lequel leur action sur le linge était telle que du linge neuf était mis en charpie aux endroits maculés, au second blanchissage.

6° Diffuses, verdâtres, glaireuses comme les précédentes, et mélangées à des filets de sang ou à des gaz d'une odeur fade; quelquefois aigrelettes.

7° Diffuses, complètement séreuses.

8° Les selles sanguinolentes sont fort rares à cet âge. On les observe seulement dans la dysentérie, dans l'hépatite aiguë, dans l'invagination, le purpura, la compression de l'enfant dans la parturition, l'entérite aiguë, etc.

9° Les selles jaunes qui verdissent à l'air ne changent de couleur que par la réaction opérée sur elles par les urines qui colorent en vert la matière jaune de la bile. On s'effraye quelquefois beaucoup, mais à tort. Elles n'indiquent jamais un état bien grave.

Il est impossible, du moins dans l'état actuel de la science, de déterminer, par l'examen des garderobes, de quelle portion du canal alimentaire viennent les matières rendues. On ne sait pas davantage quelle est leur nature intime. On ne pourrait pas démontrer l'opinion de Guersant, qui croyait que les selles liquides à peine teintées, et s'infiltrant entièrement dans les langes, viennent de l'intestin grêle. Il est évident qu'aux matières de cet intestin sont ajoutées celles de l'estomac, et qu'aux produits du côlon s'ajoutent les résidus des portions qui ont parcouru les précédentes parties du tube digestif.

Quant à leur nature, les études chimiques n'ont pas fourni de documents capables d'éclairer cette question. On sait, et cela est si évident que toute démonstration à cet égard serait superflue, que ces matières sont en grand partie formées par le résidu des matières alimentaires, et qu'on y retrouve du lait ou des aliments imparfaitement digérés en raison du trouble des fonctions assimilatrices. On sait aussi que des matières dont la nature, dont l'action et les réactions réciproques ne sont pas très-bien connues, s'ajoutent à cet élément primitif. Ce sont les produits des follicules mucipares de l'estomac ou de l'intestin, et les produits de la sécrétion biliaire. Le flux mucipare est constamment acide, mais il ne l'est pas toujours au même degré, et l'on ignore les circonstances qui augmentent cette acésence, qu'il est facile de constater. Le flux biliaire est alcalin et sert à neutraliser l'action destructive du premier. Dans cette réaction et dans ce mélange avec les matières alimentaires, se produit une coloration spéciale qui donne aux garderobes la coloration verte que nous avons indiquée plus haut. Telle est l'opinion d'Huxham (1),

(1) Huxham, *De morbo colico danmoniensi*, in *Observ. de Aere et morbis epidemicis*. London, 1739.