

pas de trace d'altération plus sérieuse qu'une saillie un peu exagérée des follicules du petit intestin, et des glandes solitaires du colon et du rectum.

Diarrhée inflammatoire, lésions. — En proposant, au commencement de cette leçon, de faire une distinction entre la diarrhée simple et la diarrhée inflammatoire, j'étais, toutefois, forcé de reconnaître que cette distinction s'appliquait plutôt au degré qu'à la nature; ou plutôt, il serait plus exact de dire que jusqu'ici notre observation n'a pas été assez minutieuse pour nous mettre à même de tirer une ligne de démarcation précise entre les deux affections. Même MM. Rilliet et Barthez, qui ont eu de si nombreuses occasions d'observer, et dont la patience a été si infatigable, confessent l'impossibilité où ils ont été de rapporter les symptômes des différentes variétés de diarrhée à des lésions anatomiques distinctes et invariables. Ils font observer que, non-seulement les lésions constatées après la mort sont extrêmement différentes dans des cas où les mêmes symptômes se sont montrés pendant la vie, mais que, de même, il n'y a souvent pas de rapport entre l'intensité des deux faits, et que, quelquefois, on ne trouve pas de lésions alors que des symptômes bien marqués ont existé. En général, il est vrai, quand les symptômes pendant la vie, n'ont pas été sévères, les lésions anatomiques sont légères. Quelquefois pourtant, le contraire se produit; à des lésions insignifiantes, répondent les symptômes suivants: diarrhée intense, douleur considérable, ventre tendu et tympanique. MM. Rilliet et Barthez établissent que sur 127 enfants morts de maladies diverses, 84 avaient présenté les symptômes de la diarrhée inflammatoire, ou d'une enterocolite, et qu'à leur autopsie on trouva les lésions anatomiques caractéristiques de cette affection; sur 24, bien qu'il n'y eût eu aucun symptôme pendant la vie, on trouva des altérations semblables après la mort; tandis que chez 19 il y avait pendant la vie des signes de la maladie, et les lésions manquèrent. Il est vrai que ces observations s'appliquent à des enfants au-dessus de deux ans, et à des cas où la diarrhée était secondaire; mais mon observation personnelle me porte à croire qu'on pourrait en dire autant en ce qui concerne les enfants plus jeunes, et la diarrhée idiopathique.

Ces circonstances nous empêchent de déduire des résultats

de l'investigation anatomique, les conclusions pratiques, que sans cela nous serions disposés à en tirer; mais elles ne nous autorisent nullement à omettre de rechercher quelles altérations nous avons le plus de chances de rencontrer dans les cas de diarrhée mortelle.

Ces altérations se montrent principalement, mais non exclusivement dans le gros intestin; et bien qu'en général moins sérieuses que celles observées dans la dysenterie mortelle de l'adulte, elles offrent, pourtant, des caractères qui sont très-analogues. Là, où les changements de structure ont été le moins considérables, l'attention est attirée moins par une grande augmentation de la vascularité de l'intestin que par la disposition plus distincte des orifices des glandes solitaires qui apparaissent comme des points noirs presque innombrables à la surface de la membrane muqueuse.

Dans bon nombre de cas, et spécialement dans ceux où la diarrhée était très-abondante au moment de la mort, non-seulement les ouvertures des follicules sont distinctes, mais les glandes elles-mêmes sont hypertrophiées, et font saillie comme des grains de millet ou de petites têtes d'épingle au-dessus du niveau des tissus environnants. En même temps que cette augmentation de volume des glandes solitaires, existe une augmentation de vascularité de la membrane; vascularisation qui ne prend toutefois pas les caractères d'une rougeur érythémateuse, mais reste limitée à la portion de membrane qui recouvre chaque glande ou environne sa base. A un degré plus avancé de la maladie, l'ulcération succède à l'inflammation des glandes. Un point circulaire, ou légèrement ovale, se rencontre à leur sommet et augmente en étendue ainsi qu'en profondeur, jusqu'à la complète destruction de la glande et de la membrane muqueuse; et à la formation d'une ulcération à bords coupés à pic dont la tunique musculaire de l'intestin forme le fond. Dans une occasion, parmi des glandes hypertrophiées et ulcérées, j'en ai observé d'autres qui avaient également augmenté de volume, mais qui n'avaient point encore été frappées d'ulcérations, et au sommet desquelles on voyait un point rond ou ovale d'une couleur jaunâtre dû probablement à un petit sphacèle non encore détaché. Outre la perte de substance qui résulte de l'ulcération, ou de la gangrène des glandes elles-mêmes, un travail d'absorption et de destruction affecte également d'autres parties de la membrane

muqueuse, et spécialement les points qui correspondent au bord libre des replis intestinaux. Dans quelques points, la membrane semble simplement amincie, tandis que dans d'autres elle paraît avoir disparu complètement, bien que les limites n'en soient pas marquées par des bords aussi bien arrêtés que ceux qui circonscrivent les ulcérations des glandes, ni que la perte de substance s'étende aussi profondément. A la surface interne d'un intestin ainsi affecté, on peut voir un grand nombre de lignes blanches étroites circonscrivant des îlots de membrane muqueuse ; et disposées quelquefois de façon à donner à ces portions de membrane, la forme de parallélogrammes irréguliers. Cette destruction superficielle de la tunique muqueuse de l'intestin est souvent plus complète dans le rectum et dans l'S iliaque du colon que partout ailleurs ; et quand il en est ainsi, la surface de l'intestin présente une apparence uniformément rugueuse. C'est également dans la partie inférieure du gros intestin que le travail d'ulcération est le plus fréquent et le plus étendu ; et si on n'a pas le soin d'examiner les trois ou quatre centimètres du rectum, nous pouvons arriver à cette conclusion fautive que les ulcérations manquent complètement, là, où un examen plus complet nous eut facilement convaincu de leur existence. Dans un cas, j'ai trouvé la maladie à un degré si avancé à la partie inférieure du gros intestin, que l'intérieur du rectum et de l'S du colon présentaient une surface irrégulièrement mammelonnée, d'une couleur gris cendré, et paraissait rongée par une multitude de petits trous, ou ulcères, à bords coupés à pic. Outre des changements à l'intérieur du gros intestin, on peut presque toujours observer un épaissement de sa membrane muqueuse, toutes les fois que la diarrhée a duré pendant un temps un peu considérable ; c'est dans le rectum et l'S iliaque du colon que cet épaissement est le plus marqué ; et dans ce point, on observe quelquefois le dépôt, au-dessous de la membrane, d'une matière gélatineuse, en abondance assez grande pour empêcher l'intestin de s'affaisser après qu'on l'a divisé.

Ce n'est pas simplement par les lésions anatomiques du gros intestin, mais encore par les changements complémentaires dans d'autres parties du canal intestinal, que se traduit l'étroite relation qui existe entre la diarrhée de l'enfant, et la dysenterie de l'adulte. Ces modifications dans le gros intestin sont presque toujours confinées dans la partie supérieure de l'iléon et de-

viennent d'autant plus marquées qu'on se rapproche plus de la valvule iléo-cœcale. Elles consistent en une rougeur plus ou moins intense de la muqueuse qui, quelquefois, paraît épaissie et présente un aspect velouté, parsemé de nombreux points noirs, orifices des glandes solitaires. Dans d'autres cas, la surface de la muqueuse épaissie paraît légèrement rugueuse, comme si elle avait été saupoudrée d'un sable fin. Près du cœcum, cet état rugueux de la muqueuse est plus marqué, la membrane paraît soulevée par des saillies couleur orange, séparées par des lignes étroites d'un blanc mat, qui marquent les places où, par la destruction de la membrane muqueuse, le tissu subjacent se trouve mis à nu. Outre cette altération de la muqueuse, il n'est pas rare de trouver les glandes de Peyer très-marquées dans la partie inférieure du petit intestin, et de voir à leur surface une disposition ponctuée due à la manière distincte inaccoutumée dont se voient les orifices des petits follicules qui composent chaque glande. Parfois quelques-unes d'entre elles sont congestionnées et tuméfiées, et une ou deux fois j'ai vu des points ulcérés sur la réunion des glandes de Peyer, qui sont situées près de la valvule iléo-cœcale. Mais dans tous les cas l'affection de l'intestin grêle m'a paru dépendre de celle du colon et lui être secondaire. En dernier lieu, je dois faire observer que les ganglions mésentériques, au voisinage du gros intestin malade, diffèrent peu de ce qu'ils sont à l'état de santé, étant, au plus, un peu augmentés de volume, et d'une couleur un peu plus rouge que d'habitude ; état qui contraste d'une manière frappante avec la manière sérieuse dont elles sont affectées dans les cas de fièvre typhoïde, alors même que la lésion intestinale est beaucoup moins considérable.

Symptômes de la diarrhée inflammatoire. — Les *symptômes de la diarrhée inflammatoire* se développent quelquefois très-lentement, au milieu d'un ensemble qui paraît d'abord n'être qu'un simple relâchement de l'intestin ; mais, dans la majorité des cas, ils présentent, presque dès le début, un caractère plus sérieux que ceux de la diarrhée simple, et sont accompagnés de troubles généraux plus intenses. Quand l'attaque survient soudainement, elle commence souvent par un vomissement ; et bien que dans un grand nombre de cas l'envie de vomir ne se reproduise pas souvent, cependant l'irritabilité

de l'estomac persiste quelquefois pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures à un degré si intense que toute goutte de liquide ingérée est aussitôt rejetée, et qu'il y a même de fréquents efforts de vomissements, alors que l'estomac est vide. Un violent flux d'intestin se montre presque en même temps que les vomissements ; et, quelquefois, l'enfant a jusqu'à vingt ou trente évacuations, ou même plus, dans les vingt-quatre heures. Les garde-robes sont d'abord composées de matières fécales, mais elles perdent bientôt leur aspect naturel, sont entremêlées d'une matière glaireuse, et, quelquefois, sont striées de sang. Elles sont d'abord abondantes et souvent rendues avec effort ; mais avant qu'il soit longtemps, elles deviennent peu abondantes, bien que quelquefois elles jaillissent encore sans exiger beaucoup d'effort de la part de l'enfant. La nature des garde-robes change encore dans les cas les plus sévères : non-seulement elles n'ont plus l'aspect des matières fécales, mais elles deviennent comme une eau verte, sale, qui n'est mélangée ni de mucus ni de sang. D'habitude, cependant, quand la violence de la diarrhée a un peu diminuée, s'il peut encore y avoir quelques évacuations sereuses, celles-ci sont pourtant composées surtout de mucus et de quelques parcelles de matières fécales, et plus ou moins striées de sang. Les garde-robes muqueuses peu abondantes sont, en général, rendues avec beaucoup d'effort et de difficulté, elles sont suivies quelquefois de l'émission d'un peu de sang pur, et une ou deux fois, à une époque peu éloignée du début, j'ai vu un petit enfant rendre au moins une cuillerée à soupe de ce liquide.

Les symptômes généraux qui accompagnent une attaque de cette nature sont d'habitude très-sévères ; la peau devient sèche et très-chaude, mais d'une manière inégale ; le pouls est accéléré, souvent à un haut degré, la tête lourde ; l'enfant, triste et irritable, est agité, tandis que d'autres fois il reste assoupi sur les genoux de sa nourrice, les yeux à moitié ouverts, et fermant à peine les paupières, même lorsqu'on les touche avec le doigt. Il arrive aussi que le trouble du système nerveux, au début d'une de ces atteintes de diarrhée, est si considérable que l'excitation alterne avec la stupeur, que les convulsions semblent imminentes, et qu'il y a des contractions évidentes des mains et des pieds ; ou bien des soubresauts des tendons du poignet ou de l'avant-bras. J'ai vu aussi se produire de véritables convulsions,

suivies d'un état comateux dont l'enfant ne sortait jamais que pour recouvrer une sorte de demi-conscience, l'épuisement succédant rapidement au premier trouble violent du système nerveux. L'abdomen est habituellement tendu, un peu tympanisé, mais rarement très-sensible au toucher. L'enfant ne paraît pas non plus, éprouver beaucoup de douleur, bien que chaque évacuation paraisse quelquefois précédée d'un certain degré de colique tormineuse. La langue est d'abord humide, recouverte d'un léger enduit muqueux ; les papilles sont souvent d'un rouge vif, de même que la pointe et les bords ; mais si la maladie continue, la rougeur se généralise, la langue devient sèche, sans toutefois être jamais très-chargée. La soif est, en général, intense, l'enfant soupire après de l'eau fraîche, et criant dès qu'on retire la tasse de ses lèvres ; elle est aussi vive, même dans les cas où l'irritabilité de l'estomac est telle qu'il rejette immédiatement tout ce qui a été ingéré. Il est à peine une affection dans laquelle la perte de la santé et de l'embonpoint soit aussi rapide que dans les formes graves de diarrhée ; et une période de vingt-quatre heures suffit quelquefois pour réduire un petit enfant, auparavant bien portant, à un état où ses yeux sont excavés, ses traits amaigris, ses membres ratatinés et ses forces diminuées à ce point, que je comprends très-bien que la mort puisse survenir peu d'heures après le début de la maladie, bien que personnellement je n'en aie jamais vu d'exemple. Cette terminaison fatale, rapide est loin d'être rare dans quelques-uns des États de l'Amérique du Sud, où la diarrhée, sous les noms divers de choléra infantum, maladie d'été, de gastro-entérite folliculeuse, enlève chaque année plusieurs milliers d'enfants (1). La terminaison rapide n'est pourtant pas celle qu'on observe, en général, dans ce pays-ci ; mais, quelque violents qu'aient été les symptômes, il y a, en général, une rémission spontanée dans le cours de quarante-huit heures, au plus tard, ou bien ils diminuent dans une certaine mesure après l'emploi des médicaments. L'envie de vomir cesse entièrement, l'intestin se vide bien moins fréquemment ; en général, guère plus de dix ou douze fois par

(1) L'identité absolue de cette maladie avec la diarrhée infantile de notre pays, et d'autres climats tempérés, est établie d'une manière concluante par le Dr Parker, de New-York, dans une note publiée dans l'*American Monthly journal*, mai 1857.

vingt-quatre heures; mais les évacuations ont lieu d'une manière très-irrégulière; ainsi, il peut s'en produire cinq ou six en une heure ou deux, après quoi survient un repos de l'intestin pendant quatre ou cinq heures consécutives.

L'aspect des garde-robes varie également; et, en apparence sans cause, elles sont muqueuses, vertes, aqueuses, mélangées de sang, tout à la fois, dans le cours d'une seule journée, et sans être accompagnées pour cela d'aucune modification dans l'état de l'enfant. Le ténésme persiste en général; et chez les enfants faibles, ou chez ceux qui antérieurement ont eu la diarrhée, il n'est pas rare de voir se produire la chute du rectum; toutefois cet accident arrive moins souvent chez les petits enfants que chez ceux de deux ou trois ans.

La marche ultérieure de la maladie est très-incertaine quant à la manière dont elle tend, dans un cas à la guérison, et dans l'autre vers une terminaison fatale. Des fluctuations nombreuses viennent en général interrompre les progrès des cas qui se terminent d'une façon favorable; et lorsqu'elle vient à être mortelle, l'affection prend souvent le caractère chronique, et ne se termine pas par la mort avant que plusieurs semaines se soient écoulées.

Dysenterie chronique. — Dans les *cas chroniques* l'état du malade, bien que tendant progressivement à aller de mal en pis, ne présente que peu de différence d'un jour à l'autre. L'amaigrissement se continue jusqu'à réduire l'enfant à un degré d'émaciation aussi considérable que celui dont on peut être témoin dans la tuberculisation mésentérique ou dans la phthisie pulmonaire, bien que cette réduction extrême de volume soit quelquefois masquée par l'anasarque de la face et des mains. L'appétit manque complètement ou devient très-capricieux; et l'enfant refuse aujourd'hui l'aliment qu'hier il prenait avec empressement. Avec le temps, le désir de boire disparaît aussi; et bien que les vomissements puissent ne pas se reproduire, tout ce que l'enfant prend peut provoquer des nausées. La langue devient rouge et sèche, recouverte à sa base d'un enduit brun ou jaune; ou bien il se produit des aphthes à sa pointe et sur ses bords; ou bien, encore, du muguet tapisse tout l'intérieur de la bouche. La diarrhée persiste à peu près telle qu'elle était d'abord, si ce n'est que maintenant les aliments ou les boissons provoquent presque im-

médiatement les évacuations. Celles-ci sont habituellement d'une couleur verte, souvent panachée, et bien qu'elles soient en général aqueuses elles varient pourtant, sans cause apparente, dans leur consistance et leurs autres caractères. On y constate quelquefois la présence d'une matière glaireuse, de sang et de pus, et il n'est pas rare qu'une matière purulente existe en quantité considérable dans les évacuations pendant quelques jours; ce que j'ai observé dans des cas qui ont guéri, aussi bien que dans d'autres qui eurent une terminaison fatale. Le corps ne peut plus dès lors maintenir sa température propre, mais les extrémités sont presque invariablement froides; de petits abcès indolents se forment quelquefois sur les fesses; et une fois j'ai vu une éruption de larges vésicules, comme celles du pemphigus, apparaître sur les mains, les bras et le cou d'un petit enfant de huit mois, environ dix jours avant sa mort. Dans l'état de faiblesse où l'enfant se trouve réduit, une légère aggravation de la diarrhée ou la reproduction des vomissements, suffit pour mettre fin à sa faible existence; et lors même qu'un semblable accident ne se produit pas, la mort résulte du simple épuisement.

Mais, des causes diverses peuvent abrégier la longueur de la marche de l'affection, et il en résulte que fréquemment la mort a lieu avant qu'il se soit produit dans l'intestin des désordres aussi considérables que ceux observés dans la dysenterie de l'adulte. La bronchite est une des plus fréquentes de ces maladies intercurrentes, et les symptômes qu'elle provoque sont souvent si légers que le danger qui menace le malade, de ce côté, passe inaperçu. Il arrive, en effet, dans beaucoup de cas, que presque dès le début de la diarrhée la muqueuse des organes respiratoires sympathise avec l'irritation dont le canal intestinal est le siège, et dès le commencement même de sa maladie, l'enfant a une toux légère dont la persistance, et même l'aggravation, n'attire que peu l'attention. C'est pourquoi, à moins de pratiquer soigneusement l'auscultation et de la répéter souvent, peu de signes peuvent attirer l'attention sur l'état des organes respiratoires, avant que l'accumulation des liquides sécrétés dans les bronches apporte déjà un obstacle sérieux à l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires, et ait occasionné le collapsus d'une étendue considérable de la substance du poumon.

D'autres causes viennent quelquefois terminer brusquement la

vie dans le cours de la diarrhée infantile. Le trouble nerveux qui accompagne la maladie se termine quelquefois par des convulsions, et celles-ci par un état de stupeur qui aboutit à la mort, circonstance heureusement rare mais dont on peut observer des exemples dans les saisons chaudes de l'année, où les affections intestinales sont en général épidémiques. Moins rare que cette dernière terminaison est celle qui survient sous l'influence d'un coma de plus en plus profond, lequel peut survenir lors de la suppression de la diarrhée, ou de son amendement considérable. Beaucoup des symptômes qui accompagnent cet état sont de nature à traduire l'épuisement des forces de l'enfant, mais il y a parfois une congestion passagère de la face, ou une élévation temporaire de la température de la peau, ou quelque autre signe fugace d'une tendance à la réaction, juste suffisante, pour induire le praticien en erreur, et pour imprimer à son traitement un caractère d'hésitation fatal au malade.

Enfin, il y a des cas, et ceux-ci ne sont pas rares, où on a combattu et traité judicieusement le début d'une attaque de diarrhée, où les symptômes ont cédé, et, la convalescence a paru s'établir. Pourtant un léger écart de régime, une variation de la température, ou la cessation trop prompte du traitement, sont suivis du retour des vomissements et des évacuations; la rechute peut encore survenir sans que nous soyons capables de lui assigner aucune cause raisonnable. Les symptômes actifs qui marquaient l'atteinte première manquent maintenant; les évacuations, bien qu'en général très-liquides, ne contiennent ni sang, ni glaires; mais les médicaments sont quelquefois tout à fait impuissants à les modérer.

Les forces vitales tombent rapidement, et cette exacerbation des symptômes produit souvent la mort en trois ou quatre jours; pendant que l'examen du cadavre après la mort ne révèle aucun indice d'un désordre récent dans les intestins, mais seulement les traces laissées par la première attaque en voie manifeste de disparition.

Nous devons remettre à la leçon suivante la question très-importante du traitement qui convient à toutes les variétés de diarrhée et à leurs différentes complications.

TRENTE-SEPTIÈME LEÇON.

SUITE DE LA DIARRHÉE.

Grande ressemblance entre la diarrhée inflammatoire et la dysenterie de l'adulte. — Conditions locales favorables à son développement, comme l'humidité de l'atmosphère, celle du sol.

Traitement de la diarrhée simple. — De la diarrhée qui se produit pendant la dentition; usage des astringents.

Traitement de la diarrhée inflammatoire. — Dans sa période aiguë. — Traitement de certains symptômes, tels que l'irritabilité de l'estomac, les symptômes cérébraux. — Indication de l'usage des stimulants, — des astringents. — Manière de soigner la période chronique. — Usage des lavements. — Régime pendant cette période.

Traitement de l'intertrigo. — Causé par la diarrhée et la chute du rectum.

Ceux d'entre vous qui assistaient à la leçon d'avant-hier n'ont guère pu manquer d'être frappés de l'étroite ressemblance qui existe entre les formes graves de la diarrhée infantile et la véritable dysenterie de l'adulte. Dans les deux cas on découvre des lésions analogues, occupant les mêmes portions du canal intestinal; dans les deux, les symptômes pendant la vie sont presque identiques, leur plus grande dissemblance consistant seulement dans la plus grande excitabilité du système nerveux au début de la vie; d'où il résulte, que les convulsions, et autres signes d'un désordre cérébral sérieux, se montrent souvent chez le jeune enfant atteint de diarrhée, tandis qu'on ne les observe que rarement