

solides), est tout, aussi clairement indiquée. Même dans les cas les plus heureux, nous ne devons pas croire que le pus se rapprochera rapidement de la surface, ou espérer mieux qu'une convalescence longue et fatigante.

Péritonite chronique. — La péritonite aiguë, sous toutes ses formes, comme l'inflammation de tout autre tissu, peut se calmer sans cesser complètement. Elle peut passer à l'état chronique et le malade souffrir encore de ses suites, longtemps après que la maladie, sous ses formes primitives, a disparu.

Ce n'est pas sur une affection de cette espèce que je désire appeler votre attention en parlant de *péritonite chronique*, mais sur une affection dont les progrès sont lents, depuis le commencement. Qui met des semaines et des mois à évoluer, et qui, cependant, réclame votre plus grande attention, puisque, dans un très-grand nombre de cas, cette maladie à marche si lente conduit à une issue fatale.

Ce ne sont pas toutefois ses progrès lents qui distinguent la forme chronique de l'inflammation péritonéale de la forme aiguë; mais, la première est presque invariablement associée à la diathèse tuberculeuse et, en réalité, succède généralement au dépôt de matière tuberculeuse sur la membrane de l'abdomen. La guérison possible d'un enfant chez lequel ont existé les symptômes de la péritonite chronique ne prouve nullement contre le lien de cette affection avec la phthisie, dont l'autopsie, dans les cas suivis de mort, donne des preuves si convaincantes.

Lésions anatomiques. — Les *cadavres des enfants qui sont morts de cette affection* sont habituellement amaigris d'une manière excessive, et leur face conserve après la mort l'expression de souffrance dont elle portait l'empreinte pendant leur longue maladie. Les poumons et les ganglions bronchiques contiennent de la matière tuberculeuse en plus ou moins grande abondance, et quelquefois, l'affection pulmonaire est assez avancée pour n'avoir pas peu contribué à produire l'événement fatal. En divisant les parois abdominales, on trouve souvent des adhérences celluleuses minces, longues, qui unissent le péritoine aux viscères sous-jacents. Dans d'autres cas, le péritoine et l'intestin sont soudés ensemble, de façon à ce qu'il est très-difficile de pénétrer dans la cavité abdominale.

Les intestins entre eux sont étroitement unis, aussi, par des adhérences dont quelques-unes sont faciles à rompre, tandis que d'autres sont tellement solides que les parois de l'intestin se déchirent dans les tentatives faites pour les en séparer. Cette différence ne dépend pas de l'âge des adhérences (bien que sous ce rapport elles varient beaucoup, quelques-unes ayant évidemment une origine très-récente, tandis que d'autres existent depuis longtemps) autant que de leur nature.

Les adhérences dues à un simple épanchement de lymphé, même lorsqu'elles ont acquis de la solidité avec le temps, se rompent en général sans beaucoup de difficultés, ou dans tous les cas, les efforts pour obtenir ce résultat n'entraînent pas la déchirure de l'intestin. Quand différentes portions des intestins sont soudées ensemble d'une manière si intime qu'il est plus facile de les déchirer que de les séparer les unes des autres, on trouve que l'union est due à quelque chose de plus qu'au simple épanchement de lymphé; on voit qu'elle s'est effectuée au moyen d'une matière jaune granuleuse, comme celle qui réunit les surfaces opposées de l'arachnoïde dans la méningite tuberculeuse, et composée comme elle, partie de lymphé, partie de matière tuberculeuse. Il se forme aussi des adhérences entre les surfaces opposées du péritoine, d'abord peu étendues; puis de nouveaux dépôts tuberculeux se font dans le voisinage, et le processus inflammatoire qui y préside unit une plus grande étendue de l'intestin.

Ce n'est pas tout; avec le temps, le tubercule ainsi déposé subit un travail de ramollissement pendant lequel la tunique musculuse de l'intestin se détruit, et la muqueuse peut arriver à se perforer, de façon que des parties éloignées de l'intestin, qui d'abord étaient simplement adhérentes, sont quelquefois mises en communication directe les unes avec les autres. L'abdomen contient en général une petite quantité de sérum transparent; mais si, comme il arrive quelquefois, la vie vient à cesser brusquement par l'addition d'une péritonite aiguë à l'ancienne maladie chronique, l'épanchement peut prendre un caractère purulent, ou séro-purulent, mais rarement abondant.

Outre les traces de l'action inflammatoire que présente le péritoine, cette membrane et les différents viscères de l'abdomen sont le siège d'un dépôt tuberculeux plus ou moins généralisé. Dans quelques cas, le péritoine pariétal est très-

épaissi, et parsemé de petites granulations grises demi-transparentes, ou même de tubercules jaunes ordinairement sous la forme miliaire, bien que l'on trouve quelquefois disséminées de petites plaques tuberculeuses distinctes. Dans la majorité des cas, cependant, les lésions du péritoine pariétal sont moins considérables, et, en général, le dépôt qui le recouvre est surpassé de beaucoup par celui que l'on découvre dans d'autres parties du péritoine. Celle qui tapisse le diaphragme, ou la paroi abdominale, au voisinage même de la rate, est un des sièges favoris du dépôt tuberculeux. Dans quelques cas, l'épiploon est le principal siège de la matière tuberculeuse, et bien qu'en général celle-ci affecte la forme miliaire, il arrive, de temps à autre, que l'on trouve en ce point des masses de tubercule cru d'un volume considérable. Rarement le péritoine qui recouvre le foie et la rate manque d'être infiltré de tubercules d'une manière marquée; et en général les granulations tuberculeuses abondent dans la substance du dernier de ces organes. Les ganglions mésentériques sont également tuberculeux, bien que le degré de leur dégénérescence, et le volume qu'ils lui doivent, varient beaucoup dans les différents cas. La même remarque est applicable à l'importance de la tuberculisation dans l'intérieur des intestins, qui, bien que très-considérable dans quelques cas, est loin de se présenter ainsi dans la majorité des cas, en même temps qu'il n'y a aucun rapport avec son abondance, et celle du péritoine, ou des ganglions mésentériques. La perforation de l'intestin se produit, aussi, dans ces conditions, de dehors en dedans, et non en raison de la destruction des parois de l'intestin, par une ulcération tuberculeuse produite à l'intérieur.

Symptômes et marche. — Dans cette maladie, les indices vagues d'une santé périlicite, qui caractérisent les premières périodes de la diathèse tuberculeuse, précèdent souvent tout symptôme d'un désordre particulier des viscères abdominaux. Mais ce n'est pas toujours le cas; car, quelquefois, l'enfant commence, sans aucune indisposition préalable, à se plaindre de douleurs passagères dans l'abdomen; qui ne durent qu'un moment, et qui causent d'autant moins d'inquiétude, que l'appétit est bon, les fonctions régulières, et la gaieté conservée. Bientôt, pourtant, l'appétit faiblit ou devient capricieux, l'action des intestins devient irrégulière: tantôt il y a de la

constipation, tantôt de la diarrhée, pendant que les matières, toujours abondantes, sont d'une mauvaise nature, foncées, molasses, boueuses. L'enfant est agité, et fiévreux le soir, sa soif est considérable, et la douleur devient à la fois plus fréquente et plus intense. Quelquefois, l'estomac devient très-irritable et les aliments sont rejetés, mais ce symptôme manque souvent; en même temps, la langue, pendant tous les premiers temps de la maladie, continue le plus souvent à être humide et nette, peu différente de ce qu'elle est en santé. Ces symptômes durent rarement longtemps sans s'accompagner d'un changement marqué dans le volume de l'abdomen. Quelquefois cette modification se produit assez brusquement, et est un des premiers signes de l'affection dont souffre l'enfant. L'abdomen devient volumineux, tendu et tympanique, en même temps que ses parois semblent souvent être soudées aux viscères sous-jacents; et les manipulations, qui ne causent aucune douleur quand on les pratique, même assez durement, sur le ventre d'un enfant atteint de rachitis, ne manquent pas de causer une sensation douloureuse, très-douloureuse même, quand on les essaye avec la plus grande douceur chez un enfant atteint de péritonite chronique.

Dans cette forme de la maladie tuberculeuse, comme dans d'autres, les progrès de mal en pis ont rarement lieu d'une manière non interrompue. Il y a des pauses, qui, toutefois, deviennent de plus en plus courtes; et il y a également, de temps à autre, des signes d'amélioration, mais qui chaque fois donnent moins d'espoir. L'enfant maigrit, devient pâle, blafard, anxieux; la peau est habituellement sèche, et plus chaude qu'à l'état normal; l'accélération du pouls est permanente. Le volume du ventre ne s'accroît pas d'une manière progressive; souvent il se rétracte aux périodes les plus avancées de la maladie, et, en même temps, devient de plus en plus tendu, bien que cette tension varie sans cause évidente, et quelquefois disparaisse pendant un jour ou deux, pour se reproduire aussi spontanément qu'elle avait disparu. Quand la tension a diminué, l'abdomen donne au toucher une sensation solide et pâteuse, et il est facile de sentir l'union des viscères abdominaux avec les parois. Dans beaucoup de cas, on peut percevoir, dans la région hypogastrique, une sensation vague de fluctuation, qui semble plus marquée à un moment qu'à l'autre; n'est jamais aussi marquée que la fluctuation due à une ascite, et dépend sans aucun doute,

en partie, comme l'ont pensé MM. Rilliet et Barthez, de la transmission du choc, d'un côté à l'autre de l'abdomen, par la masse des intestins agglutinés. A ce moment les veines abdominales superficielles sont dilatées dans beaucoup de cas, la peau devient rugueuse, s'écaille et paraît sale. Les douleurs abdominales conservent le caractère de coliques mais reviennent très-fréquemment, quelquefois excessivement intenses, et l'enfant n'est jamais exempt d'un certain sentiment de malaise. La sensibilité au toucher n'augmente, toutefois, que rarement en proportion de l'aggravation de la douleur spontanée. Il y a d'habitude de la diarrhée, dont le degré, de même que celui de la douleur, varie beaucoup suivant les différents cas. Avec les progrès de la maladie, l'enfant doit garder le lit, et est à la fin réduit à un état extrême de maigreur et de faiblesse. L'affection concomitante des poumons, plus rarement la production d'une méningite tuberculeuse, hâtent la mort; mais, si ceci n'a pas lieu, le malade peut rester pendant de nombreuses semaines dans le même état, puis la mort survient après un jour ou deux de souffrances plus grandes, sous l'influence d'une nouvelle poussée inflammatoire; ou bien, dans d'autres cas, l'enfant s'éteint, presque sans douleur, par simple épuisement.

Telle est la marche ordinaire de la péritonite tuberculeuse; mais, de même qu'il n'est pas possible de donner de la phthisie pulmonaire une description qui représente avec une exactitude parfaite chaque cas de la maladie, de même en est-il de nos efforts pour tracer les traits de la phthisie abdominale. Ses formes, dont les différences dans les lésions trouvées à la mort sont loin de donner une explication satisfaisante, dépendent des degrés divers de la douleur, de la rapidité dans la marche de l'affection, des alternatives de diarrhée et de constipation, ou quelquefois de la substitution permanente de l'un de ces états à l'autre. Une forme de péritonite tuberculeuse, dont les premières phases ont beaucoup de chances de passer inaperçues est celle que prend la maladie quand elle survient à la suite des fièvres éruptives, habituellement de la rougeole: la diarrhée, l'état fiévreux, l'amaigrissement, sont regardés comme dépendant simplement d'une convalescence lente; la douleur abdominale habituellement peu intense, ne paraît d'aucune importance, et la sensibilité au toucher qui est constante, passe tout à fait inaperçue. La meilleure manière d'éviter cette erreur consiste à nous tenir

toujours en éveil sur la possibilité de ce danger, et à surveiller attentivement tout enfant dont la convalescence est pénible. D'autres symptômes propres à provoquer nos soupçons sont ceux que présentent quelquefois des enfants qui, ayant eu la dysenterie, deviennent sujets à des atteintes passagères de colique ou de constipation, et chez lesquels l'intensité de la douleur est hors de proportion avec la durée de la constipation antérieure, l'effet des purgatifs incertain, et le soulagement qui suit leur action ni immédiat, ni complet. Enfin, la maladie ne s'accompagne quelquefois presque d'aucune douleur: l'enfant devient pâle et maigre, a par moment de la diarrhée, mais n'accuse aucune souffrance, ou tout au plus un sentiment de plénitude du ventre; mais l'amaigrissement fait des progrès, quelquefois rapides, la diarrhée devient habituelle, et les médicaments cessent d'avoir sur elle beaucoup d'action; les forces déclinent et les petits êtres meurent épuisés, tranquillement et sans souffrir. Il serait facile de rapporter, mais je ne le crois pas nécessaire, une observation comme exemple de chacune de ces variétés de la maladie; elles tendraient toutes à la même conclusion: savoir que, quelles que soient les modifications dans les symptômes, lorsqu'un enfant maigrit et a, en même temps, une sensibilité constante, même légère, de l'abdomen à la pression, vous devez soupçonner l'existence d'une *péritonite tuberculeuse*.

Tabes mesenterica. — Quelques-uns d'entre vous ont sans doute été frappés des nombreux points de ressemblance qui existent entre les symptômes décrits et ceux que l'on énumère souvent comme caractéristiques du carreau (maladie mésentérique).

Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il existe une très-grande analogie entre la péritonite chronique et le *tabes mesenterica*, puisque non-seulement les deux maladies sont le résultat de la diathèse tuberculeuse, mais que dans les deux, les viscères abdominaux sont le siège principal du mal, et que l'une et l'autre sont en conséquence caractérisées par une altération remarquable des fonctions de nutrition. Il était également naturel qu'autrefois, alors que l'anatomie pathologique était cultivée avec moins de soin qu'aujourd'hui, l'attention de l'observateur ait été principalement attirée par l'augmentation et l'altération de

structure des ganglions mésentériques, lésions qui doivent avoir été souvent trouvées à l'autopsie d'enfants morts à la suite d'un amaigrissement lent, accompagné de plus ou moins d'augmentation de volume de l'abdomen, et de trouble des fonctions intestinales. La physiologie de cette époque ne connaissait, aussi, d'autre voie d'absorption du chyle que par le canal des ganglions mésentériques ; et la manière grossière dont se faisaient alors les investigations anatomiques ne pouvait suffire à montrer que, même alors que ces ganglions présentent un degré considérable de tuberculisation évidente, dans beaucoup de cas, leurs canaux lymphatiques sont encore perméables. Nous savons que la nutrition des enfants est souvent affaiblie par d'autres causes que l'affection tuberculeuse, et que, quand les organes digestifs accomplissent mal leurs fonctions, rien n'est plus commun que de voir le volume de l'abdomen dépasser de beaucoup les dimensions normales. Nos prédécesseurs avaient observé ces faits ; mais, en raison de l'imperfection de leurs connaissances physiologiques, ils en tiraient des conclusions erronées. La maladie des ganglions mésentériques était à leurs yeux la cause presque exclusive de l'émaciation des enfants, et ils regardaient un développement exagéré de l'abdomen comme un signe presque infaillible de l'existence de cette maladie. Le *tabes mesenterica* (carreau) était, dès lors, regardé comme une affection très-commune ; et bien que nous sachions aujourd'hui que sa fréquence a été beaucoup exagérée, les symptômes que l'on regardait autrefois comme caractéristiques de sa présence, existent pourtant encore, et provoquent souvent une alarme non motivée chez les personnes du monde.

Le fait de la présence de tubercules dans le mésentère est, il faut l'avouer, très-commun, puisque MM. Rilliet et Barthez ont constaté leur existence chez presque la moitié des enfants où ces produits existaient dans quelque autre viscère. Mais, si telle est la fréquence de la présence de la matière tuberculeuse dans les ganglions, elle y existe rarement en quantité un peu notable, puisque, d'après les mêmes autorités, on ne la trouve, en abondance, que chez un enfant sur seize, de ceux qui ont des tubercules.

Le caractère général des ganglions mésentériques tuberculeux est sensiblement le même que celui des ganglions bronchiques, mais les premiers sont habituellement entourés d'un

kyste plus délicat ; et, bien que leur volume excède rarement la grosseur d'un marron, ils éprouvent pourtant quelquefois un degré de développement qui dépasse de beaucoup celui des ganglions bronchiques, et, par la réunion de trois ou quatre d'entre eux, forment quelquefois une masse aussi grosse que le poing ou même plus.

Symptômes. — Les effets produits par une tuberculisation mésentérique, même avancée, sont moindres qu'on aurait pu le préjuger, et beaucoup moindres que ceux qui résultent d'un degré beaucoup inférieur de développement des ganglions bronchiques. Et ceci ne doit pas nous surprendre, si nous avons présentés à l'esprit les différences entre leurs rapports anatomiques. Les ganglions bronchiques ne sont pas seulement situés dans une cavité limitée par des parois non flexibles, mais les viscères avec lesquels ils sont en contact sont solides et résistants ; et de plus, ces ganglions sont adhérents à la trachée et aux grosses bronches, de sorte que leur augmentation de volume est sûre de produire la compression d'organes dont les fonctions ont une importance vitale. Les ganglions mésentériques, au contraire, sont situés dans une cavité dont les parois élastiques leur permettent de se développer ; pendant que les attaches lâches du mésentère leur permettent d'atteindre des dimensions considérables, sans comprimer aucun viscère ; de sorte que c'est un fait très-rare de les voir occasionner la perforation d'une partie quelconque de l'intestin, ou même contracter des adhérences avec ses parois extérieures.

Il faut attribuer à ces causes l'absence de symptômes pathognomoniques de la tuberculisation des ganglions mésentériques sauf celui de leur constatation à travers les parois abdominales. Ce signe n'existe, toutefois, jamais pendant les premiers temps de l'affection ; et bien qu'en quelques occasions rares, j'aie senti dans l'abdomen une tumeur que j'ai été conduit à rapporter à une hypertrophie tuberculeuse des glandes mésentériques ; par ce fait qu'il existait en même temps des manifestations tuberculeuses dans d'autres organes, je n'ai, pourtant, eu qu'une fois l'occasion de confirmer ce diagnostic par l'autopsie. Il ne peut toutefois, être douteux que les ganglions tuberculeux se perçoivent quelquefois à travers les parois abdominales, mais à une époque où leur guérison est impossible à espérer ; de sorte

que la certitude du diagnostic n'a aucune utilité pratique. Dans les premières phases, il n'y a aucun symptôme que ce soit ; sauf les indices de la tuberculisation générale, dont l'affection mésentérique n'est habituellement qu'une dépendance.

A une période plus avancée, alors que le trouble des organes digestifs attire l'attention, les symptômes sont sensiblement les mêmes que ceux de la péritonite chronique, sauf, si le péritoine n'est pas atteint, que l'abdomen est dans le plus grand nombre des cas moins tendu et moins sensible.

Traitement. — Je regrette moins qu'il me reste si peu de temps à consacrer au *traitement de la péritonite chronique*, et du *tabes mesenterica*, puisque le sujet peut être épuisé en peu de mots. On peut dans chacune de ces affections distinguer deux périodes. Pendant la première, alors que notre diagnostic est incertain, différents principes doivent guider notre conduite et nous amener à soumettre l'enfant au même régime, et au même traitement hygiénique que nous adopterions si nous craignons les menaces de toute autre forme de la phthisie. Dans la seconde, les progrès du mal ont banni toute espèce de doute de notre esprit, et en même temps presque toute espérance ; et dès lors, nous traitons les symptômes tels qu'ils se présentent, et tâchons de calmer les souffrances que nous pouvons rarement guérir.

Les symptômes de dyspepsie, la mauvaise qualité des évacuations, et la fréquence de la diarrhée, rendent nécessaire d'adopter une diète aussi douce et aussi peu stimulante que possible. L'application de sangsues soulage presque toujours la douleur que les malades éprouvent dans la péritonite tuberculeuse ; mais il ne faut pas recourir, sans une absolue nécessité, aux déplétions sanguines, même locales ; et dans bien des cas un cataplasme chaud sur le ventre, souvent renouvelé, suffira pour faire disparaître une douleur dont l'intensité semblait réclamer une soustraction de sang. De temps à autre, cependant, il se produit des symptômes de péritonite aiguë chez des enfants qui avaient auparavant présenté des signes non douteux d'affection tuberculeuse ; et ces symptômes cèdent à une déplétion locale abondante, avec administration des mercuriaux.

C'est pourquoi, je vous conseillerai de ne vous laisser entraîner par aucune notion, si juste qu'elle soit, du lien qui unit les

symptômes aigus à la diathèse tuberculeuse, à l'inertie dans la manière de traiter le malade ; et je puis ajouter, à l'expression trop formelle d'un pronostic fâcheux. Ce sont toutefois là des cas exceptionnels, et le traitement dans la majorité des cas consiste à calmer les symptômes les plus pressants. Après la douleur, comme importance, et quelquefois avant elle, vient la diarrhée, que nous devons essayer de réfréner par tous les moyens ; et pour atteindre ce but, peu d'astringents sont préférables à la mixture de bois de campêche et de cachou, mentionnée dans la précédente leçon. Le sulfate de fer et l'opium, soit en pilules, soit en potion, peuvent se donner, si la diarrhée est très-rebelle, mais nous pouvons être forcés de les abandonner en voyant qu'ils augmentent la fièvre, et aggravent ainsi l'état du malade ; d'ailleurs, je n'ai jamais vu une exacerbation des autres symptômes abdominaux suivre la suppression de la diarrhée par les astringents. Ceux-ci sont toutefois loin d'être les seuls remèdes à employer ; aussi les mercuriaux à petites doses, et continués longtemps, ont souvent paru très-utiles. Quand la sensibilité du ventre a été suffisamment calmée pour le permettre, je prescris en général l'usage, deux fois par jour, d'un liniment, consistant en liniment mercuriel, liniment savonneux, et huile, par parties égales, lequel m'a paru utile comme contre-stimulant, même indépendamment du mercure qui entre dans sa composition. Il est mieux, pour l'appliquer, d'en imbiber une flanelle deux fois chaque jour, et d'étendre celle-ci sur l'abdomen en la recouvrant d'un taffetas gommé. Si la douleur est intense, on peut appliquer de la même manière, et souvent avec grand avantage, un onguent fait de deux parties d'extrait de belladone, et de six d'onguent mercuriel. De plus, je donne habituellement parties égales d'hydrarg. cum cretâ et de poudre de Dover, une ou deux fois par jour. La poudre de Dover empêche l'action irritante du mercure sur l'intestin, et calme en même temps l'agitation, et l'état fiévreux de la nuit, but qu'atteint également, et souvent d'une manière remarquable, un bain tiède donné chaque soir. L'enfant éprouve souvent un grand bien-être de l'application d'un bandage de flanelle bien ajusté sur l'abdomen, et qu'il porte le jour et la nuit ; on peut augmenter le soulagement que ce moyen procure en appliquant une baleine mince de chaque côté.

S'il n'y a pas de diarrhée, ou s'il n'y en a que peu, et que la peau soit très-chaude et sèche, l'enfant très-altéré et fiévreux,

le bain tiède, la poudre Dover, ainsi que de petites doses de liqueur de potasse et d'ipécacuanha sont les remèdes auxquels j'accorde le plus de confiance, et auxquels on peut souvent avec avantage ajouter l'extrait de taraxacum.

Si l'on pense que le malade est en état de supporter un tonique doux, on peut donner une potion contenant de l'extrait de pissenlit, de salsepareille, et du sesqui-carbonate de soude (1) ; ou l'on administre dans le même but la liqueur de quinquina, ou l'infusion de colombo, ou encore une combinaison de bichlorure de mercure avec le quinquina que je vous ai recommandé il y a peu de temps (2). C'est avec beaucoup de circonspection que nous devons administrer les ferrugineux dans ces cas, et seulement après avoir constaté que les toniques végétaux plus doux sont bien supportés.

Le ferrocitrate de quinine, ou le citrate de fer, sont les préparations qu'il convient d'employer d'abord, et même il faut surveiller attentivement leur effet. Quand elle est bien supportée, l'huile de foie de morue est, je pense, plus utile dans cette forme de tuberculose de l'enfance que dans toute autre. Les cas où elle provoque de la diarrhée ou des vomissements sont relativement rares, et ses effets sur l'engraissement d'enfants qui étaient très-émaciés sont quelquefois fort remarquables. Pour conclure, j'ai à peine besoin de mentionner l'importance du changement d'air, et les avantages qu'on peut espérer d'un séjour au bord de la mer ; car vous savez combien les remèdes dus à la nature sont plus puissants contre les maladies de cette sorte que ceux institués par les hommes.

(1) N° 37.	Extrait de taraxacum	8,00
	Bi-carbonate de soude	4,00
	Extrait de salsepareille	15,00
	Sirop d'écorces d'orange	18,00
	Décoction de salsepareille composée.	142,00 M. s. a.

Une cuillerée à soupe trois fois par jour, dans un peu de lait, pour un enfant de quatre ans.

(2) Voyez formule n° 4, p. 64.

TRENTE-NEUVIÈME LEÇON.

VERS INTESTINAUX.

Variétés, symptômes et traitement.

MALADIES DES ORGANES URINAIRES.

Inflammation des reins. — Néphrite albumineuse. — Généralement consécutive à l'une des fièvres éruptives, le plus souvent à la scarlatine. — Ses symptômes. — Manières dont elle devient mortelle. — État de l'urine. — Lésions après la mort. — Nature intime des altérations des reins. — Traitement.

AFFECTION CALCULEUSE. — Fréquente au début de la vie. — Pendant l'enfance les dépôts de l'urine sont presque toujours de nature calcaire. — Causes de dysurie autres que la gravelle et les calculs. — Du phymosis congénital comme cause de dysurie. — Traitement de la dysurie au début de la vie. — Dépôts d'acide urique associés au rhumatisme chronique chez les enfants. — Symptômes morbides qui en dépendent. — Importance qu'il y a à ne pas les laisser passer inaperçus.

DIABÈTE. — Le diabète sucré vrai est très-rare dans les premiers temps de la vie. — La polyurie simple est moins rare. — Troubles qui accompagnent l'une et l'autre de ces affections. — Traitement. — Incontinence d'urine. — Circonstances au milieu desquelles elle se montre.

Vers intestinaux. — Notre étude des maladies des organes digestifs serait incomplète si nous ne parlions pas de ces animaux parasites qui habitent souvent le canal alimentaire des enfants. Il ne sera pas, il est vrai, nécessaire de nous étendre beaucoup sur ce sujet, car nous savons que les anciens écrivains ont beaucoup exagéré la fréquence des vers, et leur importance, en voyant des preuves de leur existence dans presque toutes