

tout se rétablit alors, et l'attaque n'a pas d'autres suites. Le plus souvent les déperditions persistent, et la SOUSTRACTION DE CETTE ÉNORME QUANTITÉ D'EAU a pour conséquence une *soif inextinguible*, la *diminution de la sécrétion urinaire*, la *condensation du sang*, par suite le *ralentissement de la circulation* et de l'hématose, l'*abaissement de la température*, et l'*aspect cyanique* de la face et des téguments. A ce tableau, déjà fort analogue à celui du choléra, s'ajoutent, dans les cas les plus graves, des contractions douloureuses (*crampes*) des muscles des membres, lesquelles complètent la ressemblance; parfois même le liquide évacué devient tout à fait incolore, il renferme des corpuscules blanchâtres constitués par des amas d'épithélium, de sorte que les selles et les matières vomies ont le même *aspect riziforme* que dans le mal asiatique. Dans ces circonstances, la *voix est affaiblie et cassée*, et le DIAGNOSTIC avec le choléra indien ne peut être fait que par l'absence d'épidémie et par la marche ultérieure de la maladie. Malgré sa gravité apparente, elle n'est mortelle que chez les enfants chétifs et les adultes débilités par une maladie antérieure; en dehors de ces conditions, elle guérit rapidement: au bout de vingt-quatre, quarante-huit heures au plus, les évacuations diminuent de fréquence, elles sont séparées par des repos de plusieurs heures, la peau reprend graduellement sa chaleur, la restitution de l'eau rend aux tissus et à la face leur turgescence naturelle, en même temps la circulation et l'hématose recouvrent leur activité, et le malade s'endort épuisé, mais guéri; il garde pendant un jour ou deux une grande lassitude, une extrême susceptibilité à l'endroit de la tolérance alimentaire, et en cinq à six jours tout rentre dans l'ordre. Dans quelques cas, un *catarrhe gastrique fébrile* intense succède à l'attaque cholériforme, mais le fait est assez rare. — Quand la MORT a lieu, la transsudation séreuse continue, mais les évacuations peuvent cesser par suite de la paralysie des muscles gastro-intestinaux; l'épaississement croissant du sang restreint de plus en plus l'hématose, le pouls faiblit, et le patient succombe dans le collapsus.

La *forme typhoïde* du catarrhe intestinal est incomparablement plus fréquente chez l'enfant (1) qu'à tout autre âge; on l'observe pendant l'al-

(1) BILLARD, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1833. — VALLEIX, *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838. — BARRIER, *Traité pratique des maladies de l'enfance*. Paris, 1842. — TROUSSEAU, *Gaz. hóp.*, 1849. — BEDNAR, *Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge*. Wien, 1850. — EICHSTEDT, *Ueber den Durchfall der Kinder*. Greifswald, 1852. — RILLIET et BARTHEZ, *Traité des maladies des enfants*. Paris, 1853. — BOUCHUT, *Manuel pratique des maladies des nouveau-nés*. Paris, 1854. — WEST, *Path. und Therapie der Kinderkrankheiten* (aus dem Englischen von Wegner). Berlin, 1860. — VOGEL, *Lehrb. der Kinderkrankheiten*. Erlangen, 1860. — GERHARDT, *Lehrb. der Kinderkrankheiten*. Tübingen, 1861. — BAMBERGER, *loc. cit.* — COOVER, *The late epidemic in Harrisburg* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1872). —

laitement, au moment du sevrage, puis lors de la dentition; elle est rare chez les adolescents et les adultes. Ici encore l'estomac est ordinairement affecté en même temps que l'intestin, souvent même ce sont les symptômes gastriques qui apparaissent les premiers. — Les enfants sont tristes, agités; ils refusent de prendre le sein, ou bien ils vomissent le lait liquide, ce qui démontre l'*altération des sécrétions gastriques*, puisqu'à l'état normal la caséine doit être coagulée par l'acide naturel de l'estomac; avec ou sans vomissements, les SELLES deviennent diarrhéiques, elles sont composées d'un liquide acide de couleur jaune ou jaune verdâtre, dans lequel nagent des flocons blanchâtres de caséine coagulée; dans quelques cas les matières sont semblables à du petit-lait. On y trouve au microscope des débris amorphes et des globules graisseux, des éléments de champignons en grande quantité (Bednar); l'analyse chimique démontre l'absence d'albumine et de sucre, la présence du pigment biliaire, des acides gras en abondance, et une très-petite proportion de chlorure de sodium. Abstraction faite des particularités qui tiennent à l'indigestion du lait, la maladie revêt la même physionomie à tous les âges.

La DIARRHÉE est séro-muqueuse comme dans les formes légères, mais elle est fréquente; les coliques sont plus vives, plus continues; le ventre est douloureux à la pression, il est souvent météorisé, et dès le début ou peu après la FIÈVRE s'allume; elle est rémittente, peut atteindre d'emblée le chiffre 39°, mais elle le dépasse rarement. Sous l'influence combinée de la diète, de la fièvre et de la diarrhée, le facies s'altère, il prend l'expression d'abattement qui est le trait le plus frappant de l'*état typhoïde*; la langue, ordinairement blanche, étalée et humide, devient sèche, rouge à la pointe et aux bords, et même fuligineuse, quand la diarrhée est très-abondante. Si cet état se prolonge, l'AMAIGRISSEMENT survient et les selles changent de nature: chez l'adulte, elles perdent graduellement le caractère muqueux pour se rapprocher des évacuations séreuses; chez l'enfant, les selles liquides sont remplacées par des déjections demi-solides, de couleur brunâtre ou argileuse, d'une odeur très-fétide (Bednar); souvent ces deux espèces d'évacuation alternent sans qu'il soit possible de saisir la raison de ces modifications. L'amaigrissement et la perte des forces sont très-rapides chez les enfants à la mamelle; en même temps que les traits se tirent et s'affaissent, la peau se ride, et en quelques jours le nouveau-né a l'aspect d'un petit vieillard; les paupières sont accolées par un mucus épais, la cornée est troublée, parfois les fontanelles sont déprimées.

CHOUPE, *Sur l'emploi de l'ipécacuanha administré en lavement dans la diarrhée cholériforme des jeunes enfants et dans la diarrhée des tuberculeux* (*Bullet. thérap.*, 1874). — MONCORVO DE FIGUEIREDO, *De emprego do Chlorato de potassa na diarrhea das crianças*. Rio de Janeiro, 1875.

— Quelle que soit la fréquence des vomissements au début, ils persistent rarement au delà des deux ou trois premiers jours, et cela aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

A tout âge, l'entérite typhoïde peut se terminer par la GUÉRISON, au bout d'un temps qui varie de huit à quatorze jours; mais cette terminaison, qui est annoncée par la chute de la fièvre, la cessation des douleurs et la diminution de la diarrhée, est beaucoup plus rare chez les enfants à la mamelle que chez les individus plus âgés. Bon nombre de ces petits malades succombent en deux ou trois semaines aux progrès de l'adynamie, avec de l'érythème ou des excoriations à la région anale et sur les membres, avec du muguet ou des aphthes dans la cavité buccale. La MORT est souvent précédée de convulsions et de coma, symptômes que l'on peut attribuer à l'anémie cérébrale.

Le PASSAGE A L'ÉTAT CHRONIQUE est une autre terminaison de la maladie, et celle-là est observée à tout âge; la fièvre tombe, les phénomènes intestinaux eux-mêmes présentent une amélioration marquée qui permet une certaine alimentation; les forces reviennent, et le malade peut quitter le lit, mais la convalescence n'aboutit pas à la guérison; la diarrhée reparaît avec une fréquence variable, la forme chronique du catarrhe intestinal est établie.

Le DIAGNOSTIC ne présente aucune difficulté chez l'enfant à la mamelle, parce que la fièvre typhoïde est inconnue à cet âge; il est déjà plus délicat chez l'adulte, parce que le typhus, dans la première semaine, peut très-bien marcher sans accidents nerveux, sans catarrhe bronchique, et que l'éruption rosée et la tumeur splénique ne paraissent guère avant le sixième ou le septième jour. Dans cette situation, qui est la vraie, pratiquement parlant, le diagnostic ne peut être fondé que sur la rareté de l'entérite adynamique chez l'adulte (ce qui, à vrai dire, est une présomption et non pas un signe), et sur le caractère de la fièvre; elle est plus précoce dans la pyrexie typhique, elle est plus intense, la rémission du matin est moins marquée; enfin la prostration des forces est un phénomène initial, tandis que dans l'entérite elle est tardive et proportionnelle à l'abondance de la diarrhée. De plus, les douleurs de l'entérite sont plus vives et plus générales que celles de la fièvre typhoïde. — Chez les enfants de deux à sept ans, le catarrhe intestinal fébrile produit assez souvent une adynamie rapide, la sécheresse et les fuliginosités de la langue, des accidents cérébraux, et le diagnostic, j'entends parler d'un diagnostic précoce, avant l'éruption rosée et la bronchite, reste forcément suspendu.

Formes chroniques. — Le catarrhe chronique succède à l'état aigu, ou bien il est primitif; toutes les causes précédemment énumérées peuvent donner lieu à la forme chronique d'emblée, mais quelques-unes d'entre elles ont à cet égard une influence prépondérante: ce sont les vices d'alimentation, la mauvaise hygiène, l'abus des substances et des médicaments

irritants; puis les lésions qui amènent la stase du système porte; et les maladies dyscrasiques telles que la tuberculose, le mal de Bright, la goutte et la diathèse urique.

L'ENTÉROCOLITE chronique est apyrétique au début; elle est caractérisée par des douleurs peu aiguës, qui reviennent à intervalles variables, surtout après le repas, et qui consistent soit en coliques sourdes, soit simplement en un sentiment pénible de pesanteur et de plénitude abdominales; avec ces sensations anormales existent très-ordinairement des grognements intestinaux, des borborygmes qui indiquent la présence simultanée de liquide et de gaz; souvent aussi le malade a conscience des mouvements péristaltiques, il sent le passage des matières d'une région intestinale à l'autre, et il parle volontiers de courants qui se précipitent violemment dans son ventre. Lorsque le rectum est intéressé, il y a de vraies coliques, du ténesme et des épreintes. Dans bien des cas, ce malaise n'apparaît qu'au moment où les matières ingérées arrivent au niveau des parties malades, de trois à cinq heures après l'ingestion. — L'autre symptôme caractéristique est une diarrhée rebelle, qui produit de quatre à six ou huit selles par jour. Les évacuations sont composées de matières fécales molles ou liquides, dont la couleur varie du brun au jaune ou au vert, de mucosités visqueuses souvent fort abondantes, parfois aussi d'un liquide jaunâtre puriforme (Bamberger). Le caractère des déjections varie non-seulement chez les divers malades, mais chez le même individu, d'un jour à l'autre. Aux selles fécaloïdes succèdent souvent des évacuations purement muqueuses, et le mucus concrété en membrane peut être expulsé sous forme de cylindres grisâtres, d'une longueur notable, que l'on serait tenté de prendre au premier abord pour des lambeaux de muqueuse; mais un examen plus attentif, le microscope, au besoin, prévient l'erreur en montrant que ces débris sont complètement amorphes: ces selles ne sont pas rares quand le catarrhe prédomine dans la partie inférieure du côlon, elles sont précédées et accompagnées d'efforts douloureux. Dans d'autres circonstances, les déjections sont encore différentes: elles sont composées de matières fécales consistantes et dures, ou même de scybales, et ces parties solides sont revêtues d'une couche épaisse de mucosités transparentes, ou jaunâtres ou puriformes. Ces évacuations sont presque toujours précédées d'une constipation de quelques jours, pendant lesquels on a pu croire à la guérison, et elles sont rapidement suivies de selles liquides plus ou moins abondantes. L'hyperémie et l'hypersecretion, un moment diminuées, ont reparu (peut-être sous l'influence de l'irritation produite par la masse fécale), et avec elle est revenue la diarrhée caractéristique. Au début et pendant un temps assez long, l'appétit et la digestion gastrique peuvent rester intacts; mais plus tôt ou plus tard, on voit apparaître les symptômes d'un catarrhe chronique de l'estomac, et la diarrhée prend alors un caractère particulier: les matières ingérées

arrivent dans l'intestin sans avoir été convenablement élaborées par l'estomac; elles l'irritent et sont presque aussitôt expulsées, de sorte qu'elles sont parfaitement reconnaissables dans les selles : c'est la *diarrhée lientérique* ou *lientérie*. Du moment que l'estomac est intéressé, l'amaigrissement fait de rapides progrès.

Cette FORME DIARRHÉIQUE du catarrhe est la plus fréquente, mais elle n'est pas la seule; dans certains cas, la maladie présente une physionomie spéciale qu'il importe de connaître : c'est la CONSTIPATION qui est le fait dominant. Il semble que la transsudation catarrhale manque et que l'hyper-sécrétion glandulaire existe seule; les matières, agglutinées et consistantes, circulent difficilement, les mouvements de l'intestin sont lents et paresseux, et la stagnation est complète jusqu'à ce que ces matières mêmes ou les produits de leur décomposition accroissent l'irritation de la muqueuse et déterminent une sorte de poussée aiguë, qui a pour conséquence la dissociation et l'expulsion de la masse fécale (*débâcle*). Dans cette variété, le *météorisme* est constant, parce que le mucus concret qui stagne sur les points de l'intestin joue le rôle de ferment, et favorise la décomposition des matières, et quand la distension de l'abdomen est très-prononcée, elle est à son tour le point de départ de nouveaux accidents; elle gêne l'action du diaphragme, et la respiration devient pénible, elle entrave la circulation du sang dans le segment inférieur du corps, et provoque une fluxion compensatrice vers l'extrémité céphalique; c'est dans ces conditions que l'expulsion de quelques gaz est pour les malades un véritable soulagement. Quoiqu'il n'y ait pas ici de diarrhée continuelle, l'amaigrissement n'est pas moins certain que dans la variété précédente, parce que le revêtement muqueux de la paroi intestinale restreint ou annihile l'élaboration et la résorption des matières assimilables; cet effet est d'autant plus marqué, d'autant plus précoce, que la lésion remonte plus haut dans l'intestin grêle.

Le *catarrhe par stase mécanique* des maladies du foie et du cœur, celui des *hémorroïdaires*, des *goutteux* et de la *diathèse urique*, sont ceux qui présentent le plus souvent cette forme symptomatique. Les individus qui en sont affectés tombent facilement dans un état d'*hypochondrie* qui n'est pas un des traits les moins caractéristiques de la maladie.

La MARCHÉ du catarrhe chronique de l'intestin n'est ni continue ni régulière; il y a de nombreuses alternatives en bien et en mal, et la DURÉE ne peut être précisée; elle est comprise entre quelques semaines et plusieurs mois.

La *guérison* est la TERMINAISON la plus fréquente, lorsque la maladie n'est pas liée à un état incurable lui-même, comme la tuberculose pulmonaire, le mal de Bright ou la cirrhose du foie. Cependant, abstraction faite de ces catarrhes symptomatiques, l'entérite chronique à forme diarrhéique peut par elle-même amener la *mort*. Dans ce cas, la persistance des

évacuations et de l'insuffisance nutritive produit une émaciation rapide, la fièvre s'allume et prend le caractère hectique; souvent aussi la présence du sang dans les selles indique la formation d'*ulcérations intestinales*, la peau devient sèche et rugueuse; les téguments décolorés ont un aspect sale et terreux, et le patient succombe dans le marasme avec ou sans hydropisie cachectique. On a dit que ces diarrhées chroniques à consommation rapide et à fièvre précoce doivent toujours éveiller l'idée de quelque affection tuberculeuse de l'intestin lui-même, des ganglions mésentériques ou des poumons; la remarque est juste, et, dans la majorité des cas, un examen attentif démontre que telle est, en effet, la source de l'entérite grave, surtout dans sa forme ulcéreuse; mais cette relation étiologique n'est pas constante; le catarrhe intestinal chronique peut tuer, encore bien qu'il soit indépendant de la tuberculose.

Le catarrhe chronique présente parfois une autre terminaison, qui est une véritable *mutation morbide*; lorsqu'il occupe la partie inférieure du gros intestin et qu'il aboutit à l'ulcération, les phénomènes graduellement modifiés font place aux symptômes de la *dysentérie*.

CHEZ L'ENFANT au-dessous de deux ans, le catarrhe chronique présente toujours la forme diarrhéique; il est souvent accompagné de vomissements opiniâtres, et il est incomparablement plus grave que chez l'adulte; il tue souvent par consommation.

Le DIAGNOSTIC nosologique est sans difficultés; l'apyrexie suffit pour distinguer l'entérite chronique à diarrhée abondante de la fièvre typhoïde à marche lente. — Le cancer de l'intestin a un phénomène commun avec le catarrhe à constipation, ce sont les débâcles subites et abondantes; il sera reconnu d'après les caractères des évacuations, formées par du sang, de la sanie ou du pus, par les signes extérieurs de la diathèse, par la palpation abdominale ou le toucher rectal, qui révélera souvent l'existence d'une tumeur. — Comme le catarrhe chronique est très-souvent symptomatique, le *diagnostic pathogénique* ne doit jamais être négligé; pour ne parler que des faits les plus communs, la tuberculose, le mal de Bright, les maladies hépato-cardiaques, la diathèse urique, sont les éventualités qui doivent surtout fixer l'attention.

TRAITEMENT.

Les formes *aiguës* légères réclament à peine autre chose qu'un traitement diététique : repos, cataplasmes émollients sur le ventre, lavements adoucissants à la guimauve ou à la graine de lin; boissons mucilagineuses, diète plus ou moins complète selon l'intensité des douleurs et le siège du catarrhe. Si les coliques sont fortes, toute alimentation solide doit être laissée de côté; il en est de même dans le catarrhe généralisé à l'intestin

grêle, surtout quand l'ictère démontre la participation du duodénum. Si au contraire le gros intestin est seul en cause, la diète est illogique; on peut fort bien nourrir le malade au moyen des aliments qui sont élaborés par le suc gastrique, pancréatique et biliaire; il faut éviter simplement que la viande contienne des filaments tendineux ou aponévrotiques; il faut proscrire les légumes à cause de la cellulose, toutes substances qui passent sans changement dans le gros intestin et l'irritent directement. Lorsqu'au bout d'un jour ou deux les douleurs ne sont pas calmées et que la diarrhée persiste, il convient d'administrer quelques préparations opiacées: mais il ne faut jamais, dans ces formes légères, donner les narcotiques dès le début, car les selles initiales sont réellement utiles, parce qu'elles débarrassent l'intestin des matières fermentescibles qu'il peut contenir. Une fois ce résultat effectué, les opiacés répondent à la double indication de calmer la douleur, et de restreindre la transsudation et la sécrétion intestinales.

En tout cas, il faut rechercher l'INDICATION CAUSALE, qui peut être parfois avantageusement remplie. Si le catarrhe est la suite d'un *refroidissement*, les diaphorétiques doivent compléter le traitement diététique, et parmi les opiacés il faut donner la préférence à la poudre de Dover. — Si la maladie est la suite d'*écarts de régime* ou d'une mauvaise alimentation, il convient, après quelques jours de traitement anodin dirigé contre les symptômes aigus, de modifier la muqueuse irritée par les ingesta, et les purgatifs salins sont le meilleur moyen de couper court à la diarrhée qui menace de persister. — Quand le catarrhe intestinal est lié à celui de l'estomac, ce dernier fournit l'indication principale: un vomitif suivi d'un purgatif constitue le traitement le plus efficace. — Le catarrhe lié à la *dysménorrhée* ou aux *hémorrhoides* ne peut être modifié directement; il cède de lui-même lorsqu'une médication appropriée a remédié au désordre pathogénique. — Le catarrhe des *goutteux* ne survient que lorsque la goutte articulaire disparaît, je ne l'ai du moins jamais observé dans d'autres circonstances; et tant que cette situation persiste, les traitements dirigés contre le trouble intestinal lui-même échouent invariablement; si au contraire on réussit à rappeler la fluxion des jointures au moyen de sinapismes ou de vésicatoires, la détermination sur l'intestin disparaît incontinent; plusieurs fois déjà j'ai constaté le fait de manière à n'en pouvoir douter.

Dans les FORMES GRAVES sans indication causale bien définie, la médication doit être plus énergique; les accidents aigus initiaux sont souvent combattus par des applications de sangsues, soit sur le ventre, soit à l'anus. Je crois que cette pratique doit être réservée pour l'entérite localisée, que nous étudierons bientôt sous le nom de typhlite. L'atténuation des douleurs, qui est le seul effet certain de l'émission sanguine, peut être obtenue au moyen de l'opium, surtout au moyen des injections sous-cutanées, et comme l'entérocélite grave est souvent accompagnée d'un

état typhoïde, toute spoliation inutile doit être évitée. Lorsque l'opium ne réussit pas à calmer rapidement les douleurs, on y arrive infailliblement avec les applications de glace sur le ventre; ces moyens, combinés avec la diète et les boissons émoullientes, constituent le traitement de la période de début; quand la diminution des douleurs et de la fièvre indique le déclin de cette phase initiale, la diarrhée et l'adynamie sont les principales sources des indications. L'opium sous forme de laudanum ou de diascordium, et le sous-nitrate de bismuth sont les moyens les plus utiles pour combattre la diarrhée: on les donne par la bouche et en lavements; ce dernier procédé doit être préféré lorsque la lésion occupe le gros intestin. Si la diarrhée persiste malgré cette médication, il faut recouvrir l'abdomen d'un large vésicatoire volant; cette pratique est presque toujours suivie de succès. L'indication tirée de l'état des forces est plus ou moins urgente, selon les cas: en thèse générale, il faut alimenter légèrement le malade, aussitôt que les phénomènes intestinaux sont un peu calmés, et lorsque apparaissent des signes de faiblesse, il faut, à quelque époque que ce soit, et sans se préoccuper de l'état de l'intestin, administrer le quinquina et le vin; l'opium ne doit plus dès lors être donné qu'avec une grande réserve; c'est par le bismuth et les vésicatoires qu'il faut combattre la diarrhée.

Le CATARRHE CHOLÉRIFORME doit être combattu par la glace et l'opium; la glace est donnée en nature, les boissons sont glacées, on applique de la glace sur le ventre: ces moyens suffisent souvent. Si le flux persiste, on donne l'opium à petites doses fréquemment répétées; on administre 20 à 30 gouttes de laudanum de Sydenham dans une potion cordiale qui est prise par cuillerée toutes les heures. Si la potion est vomie, ce qui n'est pas rare, on a la ressource des injections hypodermiques de morphine. Comme boisson, l'eau glacée, le vin glacé, doivent être préférés. — En raison du collapsus souvent très-rapide, il faut se préoccuper en même temps de rétablir ou de maintenir la calorification au moyen de linges chauds, de frictions stimulantes, de sinapismes; on peut aussi exciter le système nerveux par des vésicatoires ammoniacaux. Si les médicaments liquides sont tolérés au moment où le collapsus survient, je remplace le laudanum dans la potion cordiale par de l'eau-de-vie à la dose de 30 à 60 grammes, j'y ajoute l'acétate d'ammoniaque à la dose de 10 grammes, et j'ai obtenu ainsi de rapides succès; si la potion est vomie, on a encore la ressource de faire prendre par petites cuillerées de l'eau-de-vie glacée: ce liquide est parfois toléré à l'exclusion de tout autre. — Dès que les accidents graves sont conjurés, on diminue graduellement les doses de l'opium ou de l'alcool, et la convalescence doit être attentivement surveillée au point de vue de l'alimentation; aux doses près, le traitement est le même à tous les âges.

CHEZ L'ENFANT à la mamelle, le traitement du catarrhe aigu commun