

éloigné des villes et habitera la campagne; il prendra de l'exercice, sortira le plus possible, se livrera aux jeux de plein air, à la gymnastique. On le soumettra aux frictions sèches ou stimulantes, aux bains salés, aux douches froides; on agira par des stimulations incessantes sur sa peau.

En même temps on veillera sur sa nourriture, qui devra être abondante, riche en azote, en graisses, en phosphate.

Aux plus jeunes sujets on donnera le lait phosphaté naturel, le lait iodé, qui leur servira à la fois d'aliment et de médicament reconstituant.

#### PROPHYLAXIE

Les enfants menacés de scrofule de par l'hérédité seront soumis aux mêmes prescriptions hygiéniques. Les enfants issus d'une mère tuberculeuse ou scrofuleuse seront confiés à une nourrice saine, qui les sèvrera le plus tard possible; ils vivront le plus possible à la campagne. Si l'on pouvait empêcher les unions entre scrofuleux et tuberculeux, on ferait une bonne prophylaxie de la scrofule.

#### SÉBORRHÉE

Sous le nom de séborrhée, flux sébacé, on comprend les lésions de la peau déterminées par l'hypersécrétion des glandes de la peau, et en particulier des glandes sébacées. Chez l'adulte et dans la seconde enfance, la séborrhée affecte surtout le cuir chevelu (*pityriasis capitis*). Dans la première enfance, la séborrhée est plus humide et forme des dépôts crasseux ou couteux sur le cuir chevelu et la face (croûtes de lait, croûtes sèches, etc.).

Chez les nourrissons malpropres, il est commun de voir le crâne recouvert de croûtes sales, noirâtres, imbriquées comme des écailles de poisson, et formant une véritable calotte. Sous ces croûtes, la peau est humide, rouge, mais non ulcérée ni enflammée. Cependant, l'inflammation peut survenir à la longue et l'eczéma vient compliquer la séborrhée.

#### TRAITEMENT

Contre la séborrhée humide, croûteuse, l'hygiène suffit: on recommandera la propreté, c'est-à-dire les lavages fré-

quents, quotidiens de la tête, les onctions avec une pommade inerte:

℞ Vaseline pure . . . . .	30 grammes.
Oxyde de zinc . . . . .	3 —

On interdira l'usage des bonnets qui provoquent la transpiration et entretiennent la saleté. S'il y a des erreurs de régime, on les rectifiera, on supprimera les aliments donnés prématurément, les légumes, viandes, liqueurs fermentées, et on reviendra à l'allaitement exclusif.

Contre la séborrhée sèche ou pityriasis du cuir chevelu avec alopecie, on prescrira les frictions quotidiennes avec:

℞ Glycérine . . . . .	50 grammes.
Alcool . . . . .	20 —
Eau . . . . .	20 —
Borax . . . . .	4 —

ou bien:

℞ Résorcine . . . . .	1 gramme.
Eau de Cologne . . . . .	30 —
Glycérine . . . . .	10 —
Alcool . . . . .	10 —
Teinture de cantharides . . . . .	1 —
Eau distillée . . . . .	50 —

ou encore:

℞ Résorcine . . . . .	} aa. . . . .	2 grammes.
Huile de ricin . . . . .		
Alcool . . . . .		100 —

ou encore:

℞ Hydrate de chloral . . . . .	30 grammes.
Liqueur de Van Swieten . . . . .	100 —
Eau . . . . .	500 —

On peut encore se servir des lotions à la quinine ou au tanin:

℞ Sulfate de quinine . . . . .	1 gramme.	
Eau de Cologne . . . . .	} aa. . . . .	40 —
Alcool . . . . .		
℞ Tanin . . . . .	2 grammes.	
Alcool . . . . .	20 —	
Huile d'amandes douces . . . . .	40 —	

Faire tous les soirs une friction; le lendemain savonner la tête.

L'enfant aura toujours les cheveux coupés ras.  
Contre la séborrhée chronique, on essaiera les eaux de Luchon.

### SEPTICÉMIE GASTRO-INTESTINALE AIGÛE

DANS LA SECONDE ENFANCE

Dans la première enfance, la gastro-entérite cholériforme n'est pas rare, et son apparition n'excite aucune surprise. Mais nous ne sommes pas habitués à voir le choléra nostras sévir à l'improviste sur les enfants déjà grands, et les foudroyer de la même manière que les nourrissons.

Nous avons confiance dans l'âge, la vigueur, la force de résistance des sujets, seyrés depuis longtemps, et nous portons souvent un pronostic cruellement démenti par les événements.

Témoin de plusieurs cas semblables, j'ai cru devoir résumer les impressions qu'ils m'ont laissées, et mettre en garde mes confrères contre une maladie dont les allures ne sont que trop insidieuses.

Avant de résumer en quelques lignes les traits principaux de la gastro-entérite cholériforme de la seconde enfance, je vais dire à quelle occasion j'ai été amené à étudier cette effroyable maladie.

Il y a quelques années, je fus appelé par mon ami le Dr Conzette, ancien interne des hôpitaux, à voir à Saint-Mandé un garçon de 7 ou 8 ans présentant les symptômes suivants : début par une sorte d'indigestion, puis vomissements incoercibles, diarrhée fétide, hyperthermie, algidité progressive, mort en quarante-huit heures malgré les injections de sérum artificiel, le lavage de l'estomac, la diète hydrique, etc.

Plus tard, trois cas semblables, terminés aussi malheureusement, se sont présentés à mon observation. Une fillette de 8 ans, soignée par le Dr G. Guinon, ancien interne des hôpitaux, succombe en quelques jours (avenue Malakoff) à des vomissements incoercibles, avec algidité, état cholériforme. Même traitement que dans le cas précédent, même succès.

En juin 1896, mon ami le Dr Poussard, ancien interne des hôpitaux, me prie de voir à Rueil un petit garçon du

même âge, présentant les mêmes symptômes (vomissements, selles fétides, état fébrile, algidité, mort rapide).

Enfin mon ami le Dr Capitan, ancien chef de clinique de la Faculté, a soigné, rue Claude-Bernard, une fillette de 4 ans, que j'ai pu voir le jour de sa mort, et dont l'histoire peut se résumer ainsi : cette enfant venait de faire une saison à Saint-Gervais, où elle avait bu beaucoup d'eau minérale; pendant le voyage de retour, elle a accusé une soif très vive et elle a bu de l'eau à presque toutes les stations du chemin de fer. Rentrée à Paris, elle présente des vomissements et de la diarrhée fétide; fièvre insignifiante; les accidents se précipitent, les vomissements sont incessants, les selles sont fétides, l'amaigrissement en quelques jours fait des progrès effrayants, les yeux s'enfoncent dans les orbites, les traits s'effilent, et l'enfant succombe malgré tous les traitements employés.

Dans ces quatre cas les symptômes ont été ceux d'une intoxication aiguë à symptômes gastro-intestinaux, et les enfants ont succombé dans un état cholériforme.

Pour mettre un peu d'ordre dans la description d'ensemble, j'envisagerai successivement l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie.

*Étiologie.* — Il faut distinguer les causes prédisposantes et les causes occasionnelles. Les causes prédisposantes résident dans un état plus ou moins defectueux du tube digestif. Les enfants sont généralement faibles, délicats, ils ont souffert de l'estomac, ils ont facilement des indigestions; souvent on apprend qu'ils ont été nourris au biberon, qu'ils ont marché tard, en un mot qu'ils ont été rachitiques. J'ai pu saisir plusieurs fois les stigmates de cette maladie.

Je n'ai rien à dire du sexe des sujets, qui n'a aucune influence. Quant à l'âge, la maladie atteint les enfants déjà grands, entre 4, 5 et 8 ou 10 ans. Avant 4 ans, après 10 ans, elle devient tout à fait exceptionnelle. C'est donc une maladie de la seconde enfance.

Quant aux causes occasionnelles, elles peuvent échapper; tantôt on ne sait à quoi rapporter les accidents, tantôt on a remarqué que l'enfant a mangé plus que d'habitude, a fait abus de liquides, de fruits, ou de quelque aliment plus ou moins indigeste.

La saison influe peu sur la provocation de la maladie; le choléra infantile, on le sait, est une maladie d'été, les grandes chaleurs en favorisent l'explosion. L'entérite cholériforme de la seconde enfance, au contraire, peut se montrer en toute saison; les cas que j'ai vus s'étaient déclarés au printemps et en automne, par un temps doux et plutôt frais que chaud.

La sporadicité des cas, leur rareté, l'absence de contamination dans l'entourage du malade, même quand il y a des frères et sœurs en bas âge, semblent indiquer que la maladie n'est pas contagieuse.

Il s'agit, en somme, d'un empoisonnement, d'une auto-intoxication aiguë dont la source est dans le tube digestif. Quel est l'agent figuré de cette intoxication? Reconnaît-elle un microbe spécifique encore indéterminé? N'est-elle pas le fait du *Bacterium coli commune* devenu virulent? Cette dernière hypothèse est la plus vraisemblable. Il semble bien que l'enfant porte en lui-même, à l'état latent, le germe de la maladie qui va le tuer, les causes extérieures n'agissant que pour exalter ou provoquer la virulence de ce germe.

*Symptômes.* — Au début, les symptômes sont ceux d'une indigestion. L'enfant s'est couché bien portant, et il est réveillé la nuit par des coliques, des vomissements, de la diarrhée. On incrimine le repas de la veille et on n'est pas trop inquiet. Ou bien c'est pendant le jour que l'intolérance gastro-intestinale se déclare.

Dès ce moment il peut y avoir de la fièvre, et quelquefois même de l'hyperthermie avec agitation, délire, etc.

La prétendue indigestion n'est pas simple, elle ne s'arrête pas, et les symptômes se précipitent. Les vomissements sont incessants, l'enfant ne garde rien; non seulement il rend les aliments et les liquides qu'on veut lui faire ingérer, mais encore il chasse sans effort des liquides d'aspect sale, noirâtres, sortes de pituites sans odeur, n'ayant pas l'aspect fécaloïde. Les garde-robes, après avoir été moulées, deviennent rapidement diarrhéiques, aqueuses, verdâtres, brunes; elles exhalent toujours une horrible fétidité. Leur fréquence est généralement aussi grande que celle des vomissements; les urines deviennent rares et se suppriment.

Sous l'influence de ces déperditions excessives et inces-

santes, l'enfant tombe dans l'algidité; son corps s'amaigrit du jour au lendemain, ses traits s'effilent, ses yeux, enfoncés dans les orbites, sont cerclés de noir; son ventre se rétracte, s'aplatit; il est inerte, sans force et sans voix; ses lèvres et sa langue se dessèchent, ses gencives et ses dents se couvrent parfois de fuliginosités, ses extrémités se refroidissent. On a sous les yeux le tableau du choléra à marche rapide ou même foudroyante.

La maladie fait des progrès effrayants et en trente-six ou quarante-huit heures la situation est désespérée. La marche des accidents varie, d'ailleurs, dans d'étroites limites, suivant les cas. Parfois l'invasion est assez trainante, les troubles morbides persistent stationnaires pendant plusieurs jours, sans avoir aucun caractère alarmant; puis rapidement, en vingt-quatre heures, la scène change et l'enfant prend le facies cholériforme.

J'ai dit que la fièvre était parfois très vive; dans quelques cas cependant elle est peu marquée et elle semble manquer. Le pouls devient précipité, petit, filiforme, et à la fin il est impossible de le sentir et de le compter.

*Pronostic.* — La terminaison a été rapidement funeste dans les quatre cas que j'ai cités plus haut; le pronostic est donc d'une haute gravité. Cependant, chez quelques malades hospitalisés, présentant des symptômes moins alarmants, j'ai obtenu la guérison par les lavages de l'estomac et les injections de sérum artificiel. Il semble qu'il y ait des cas atténués de gastro-entérite cholériforme susceptibles de guérison.

Dans tous les cas la guérison doit être considérée comme très incertaine, et l'on fera les plus expresses réserves sur la terminaison de cette maladie qui nous paraît être la plus grave des infections gastro-intestinales de la seconde enfance.

*Diagnostic.* — Le diagnostic présente toujours au début de réelles difficultés; quand la marche des accidents est tant soit peu insidieuse, quand tout fait penser à une indigestion banale et à un trouble morbide purement accidentel, comment prévoir, comment annoncer avec certitude l'évolution que je viens de décrire? Il faudra ne pas se borner à la constatation des symptômes actuels, mais remonter dans les antécédents de l'enfant afin d'être éclairé sur les troubles digestifs qu'il aura pu avoir antérieurement. Dans quelques cas, on apprendra qu'il

a souffert une ou plusieurs fois d'entérite plus ou moins grave, ou même qu'il a présenté des accidents analogues à ceux du moment présent.

Si les renseignements sont positifs sur ce point, ils révéleront une prédisposition dont il faudra tenir compte.

On peut penser à une simple *indigestion*, surtout si l'on apprend que le repas précédent a été trop copieux ou que l'enfant a fait abus de fruits, de boissons, etc. Et en effet, les accidents initiaux simulent bien l'indigestion. Mais la suite vient démentir un diagnostic aussi rassurant, et la gravité de l'état général fait bientôt songer à une dangereuse intoxication.

On pense alors à un empoisonnement, on demande si l'enfant n'a pas mangé des aliments suspects, des champignons, des moules ou des huîtres, etc. Mais il est rare que cette hypothèse puisse se justifier.

S'il sévissait dans le voisinage une épidémie de choléra, on ne manquerait pas de l'incriminer; car, sauf les grains rizi-formes dans les garde-robes, les symptômes sont identiques; l'enfant semble être en proie au choléra asiatique.

Il n'est pas possible de songer à la fièvre typhoïde, à la tuberculose méningée, intestinale, à la grippe à forme gastro-intestinale, à l'invasion d'une fièvre éruptive, d'une pneumonie, etc. La fièvre typhoïde a un début plus insidieux et ne s'annonce pas par des vomissements incoercibles et de la diarrhée; au contraire son invasion, généralement traînante, est marquée par de la céphalalgie, de l'insomnie, de la constipation. Chez les enfants cependant on a pu voir quelques cas d'invasion brutale simulant un peu la septicémie gastro-intestinale aiguë.

La méningite tuberculeuse s'accuse par de la céphalalgie, par des vomissements, par de la constipation; les vomissements seuls sont communs à la gastro-entérite cholériforme et à la méningite; mais combien différents sont la marche et les autres symptômes des deux maladies.

La tuberculose intestinale survient chez les enfants depuis longtemps malades, amaigris, cachectiques; elle s'accompagne rarement de vomissements.

La grippe à forme gastro-intestinale peut simuler la gastro-entérite cholériforme, car elle simule tout; on devra donc s'informer de l'existence de cette maladie dans l'entourage. S'il

y a des doutes, ils ne tarderont pas à être dissipés par l'événement.

La pneumonie débute souvent par des vomissements, de même la scarlatine et les autres fièvres éruptives; mais ces vomissements cessent dès le premier jour de l'invasion et ne sont suivis ni de diarrhée, ni d'état cholériforme, etc.

On arrivera donc, par une élimination successive de toutes ces maladies, au véritable diagnostic, et dès lors il faudra, sans perdre de temps, instituer un traitement énergique.

#### TRAITEMENT

En premier lieu, il convient de laisser l'estomac en repos; son intolérance est absolue, les aliments seraient vomis, ou, s'ils ne l'étaient pas, ils resteraient indigérés dans le ventricule, subissant des fermentations qui ne pourraient qu'accroître l'intoxication. Il ne faut pas songer à alimenter les malades par l'estomac. Mais il faut apaiser autant que possible leur soif impérieuse; la diète hydrique s'impose; on donnera de l'eau pure, ou une eau faiblement minéralisée, gazeuse (eau de Giesshübler, eau de Sultzmann, eau de Saint-Galmier). Cette eau sera prise par petites gorgées, froide, additionnée de fragments de glace.

Cependant les vomissements continuent et l'état général s'aggrave; l'eau pure, l'eau gazeuse, la potion de Rivière, tout est rendu.

On doit chercher à vider l'estomac de son contenu et à le laver, à l'aseptiser dans la mesure du possible. On prend donc un tube de Faucher ou de Debove, muni d'un entonnoir, et après avoir vidé l'estomac, on le lave à l'eau boricuée, à l'eau de Vichy, à l'eau de Vals, jusqu'à ce que le liquide revienne absolument clair.

Ce lavage de l'estomac, qui pourra être répété, stérilise momentanément une source importante d'intoxication, enlève les produits de fermentation accumulés dans la poche gastrique et prépare la muqueuse à tolérer les aliments liquides.

En même temps que le lavage de l'estomac, on ne négligera pas le lavage du gros intestin, et on prescrira concurremment de grandes irrigations d'eau simplement bouillie, en se servant d'une grande sonde ou d'un tube de caoutchouc remontant très

haut dans l'intestin, et se continuant avec un tube assez long pour permettre d'élever le bock ou le vase qui servira de réservoir au liquide. Les irrigations intestinales seront répétées plusieurs fois par jour. Après chaque irrigation, on donnera un lavement nutritif ainsi composé :

℞ Peptone sèche . . . . .	5 à 10 grammes.
Jaune d'œuf . . . . .	N° 1 ou n° 2.
Lait tiède . . . . .	60 grammes.
Laudanum de Sydenham . . . . .	11 gouttes.

Après avoir essayé de réaliser l'antisepsie de l'estomac et des parties accessibles du tractus intestinal pour combattre l'auto-intoxication, on fera sans hésiter des injections sous-cutanées de sérum artificiel qui agissent triplement : elles apportent de l'eau à un organisme qui se déshydrate rapidement, elles stimulent le système nerveux, elles lavent l'organisme (SAHLI) et contribuent à l'antisepsie générale. On pourra injecter, suivant les circonstances, 50, 100, 200, 300 centimètres cubes de liquide. On prendra le sérum artificiel de M. Hayem :

℞ Chlorure de sodium . . . . .	5 grammes.
Sulfate de soude . . . . .	10 —
Eau stérilisée . . . . .	1 000 —

ou plus simplement une solution de chlorure de sodium à 7 ou 10 p. 1 000. Le liquide sera porté à la température de 38°; il sera introduit sous la peau du ventre à l'aide d'une aiguille fixée à un long tube en caoutchouc en communication avec un bock, qu'on pourra élever plus ou moins suivant qu'on voudra accélérer ou ralentir la pénétration du liquide. Si l'on ne fait que de petites injections, la seringue de Roux pourra servir à cet usage.

Je ne parle pas des injections intra-veineuses, d'un emploi plus délicat chez les enfants, ni des grands lavages de tout le tube digestif pratiqués par Lesage et Dauriac, n'ayant pas eu l'occasion de les utiliser personnellement.

Si le collapsus se déclare, on fera des injections de caféine et d'éther, une ou plusieurs fois dans la journée suivant les indications. Quant aux antiseptiques intestinaux (calomel, benzo-naphtol, salol, bétol), ils ne trouvent que rarement leur

emploi, l'intolérance absolue de l'estomac s'opposant à l'absorption de tout médicament. Avant que cette intolérance ne s'établisse ou après qu'elle aura cessé, on pourra utiliser ces remèdes, de même qu'on pourra faire boire à l'enfant des boissons excitantes et réconfortantes, la potion de Todd, le champagne frappé, le café, etc.

On n'oubliera pas de réchauffer les malades avec des boules d'eau chaude, de les stimuler par des frictions cutanées à l'eau de Cologne, au liniment térébenthiné. De simples frictions avec des flanelles chaudes pourront avoir un bon effet.

L'important est d'agir vite et de ne pas s'endormir dans une fausse sécurité. Si l'on laisse les accidents progresser, on est bien vite désarmé, et c'est en vain qu'on épuise la série des remèdes énergiques que j'ai passés en revue.

Trop souvent les efforts les plus soutenus échouent misérablement et les enfants sont enlevés en trente-six ou quarante-huit heures par l'auto-intoxication.

Quelle que soit notre impuissance en pareil cas, il est bon d'être prévenu, de savoir à quelle maladie l'on a affaire et de le dire; car ce qu'on nous pardonne le moins, ce sont les erreurs de pronostic.

### SPASME DE LA GLOTTE

Le spasme de la glotte, asthme thymique (asthme de Kopp), convulsion interne, est une maladie de la première enfance qui, par la contraction des muscles du larynx, peut entraîner l'asphyxie.

Il s'observe surtout chez les enfants à hérédité nerveuse et chez ceux qui sont mal nourris, athrepsiés, rachitiques.

Quoique le thymus ne soit pas généralement en cause, on a cité des cas de mort rapide ou subite dus à la compression de la trachée par cet organe hypertrophié.

On peut observer le spasme de la glotte dans la seconde enfance, chez des hystériques.

L'enfant fait entendre tout à coup un sifflement inspiratoire, sa tête se renverse en arrière, il se raidit, ne respire plus et va mourir; mais, au bout de quelques secondes, le spasme se dissipe, pour se reproduire ensuite.