Entérite chronique.

Le traitement de l'entérite chronique est avant tout hygiénique ; nous avons insisté ailleurs sur le régime qui convient aux enfants pendant l'allaitement.

Le traitement pharmaceutique variera avec la durée de la maladie et les diverses indications qui se présenteront. Comme Rilliet et Barthez l'ont fort bien dit, il faut avoir dans le cours de cette affection un arsenal assez varié de moyens à sa disposition et, une fois les indications nettement posées, savoir changer le remède sans modifier la médication.

Au début, les *évacuants* (manne, magnésie calcinée, huile de ricin) sont indiqués pour débarrasser l'intestin des gaz fétides qui le distendent et des grumeaux d'aliments non digérés qui l'irritent.

Le gros intestin étant le principal siège des lésions, de grands *lavements* d'eau froide rendront les plus grands services. Les irrigations intestinales à grande eau ont été recommandées par Baginsky dans l'entérite folliculaire, quand les selles contiennent du pus ou du sang. Nous préférons à l'eau froide l'emploi des lavements *émollients mucilagineux* ou des lavements d'*ipécacuanha* (Voir p. 661) dans la période subaiguë douloureuse, et les lavements *astringents* dans la période chronique ulcéreuse. Widerhofer conseille le *tannin* (15 centigrammes par lavement) et réserve le *nitrate d'argent* (5 centigrammes), ainsi que la liqueur de *perchlorure de fer* (3 à 6 gouttes par lavement), pour les cas d'entérite ulcéreuse avec selles purulentes ou sanguinolentes

Quand la diarrhée se prolonge, le médecin a à sa disposition quatre classes de médicaments, qu'il doit adapter à chaque cas particulier, les *absorbants*, les *astringents*, les *narcotiques* et les *toniques excitants*.

1. Parmi les absorbants les plus employés sont le *sous-nitrate de bismuth* (30 à 50 centigrammes trois à quatre fois par jour) et la *craie préparée* (1 à 2 grammes par jour), qui doivent être pris au moment des repas; ils agissent probablement, comme le pensait Monneret, en formant une couche protectrice sur la muqueuse enflammée.

2. Parmi les astringents, nous signalerons le *sirop de ratanhia* (30 à 60 grammes par jour), l'*extrait de bois de campêche*, *le colombo* (1) qui paraît surtout indiqué dans le cas d'anorexie.

(1) Gœlis recommande la formule suivante pour un enfant de deux ans :

Racine de colombo	2 grammes.
Racine de salep	60 centigrammes.
Eau de fontaine	90 grammes.
Sirop de camomille	15 —

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

Zinnis (Traitement de la diarrhée chronique, Athènes, 1885) associe le colombo au bismuth (bismuth, 3,0 dans 75,0 d'une infusion de 0,50 à 1,0 de colombo).

Escherich (1) vante l'action remarquable d'un composé albumineux du tannin, le *tannigène*, dans les entérites infantiles subaiguës et chroniques. Sans être aussi enthousiastes que lui, nous reconnaissons que ce médicament a souvent une action favorable et qu'il est bien supporté par les organes digestifs. On l'administre sous la forme de poudre à la dose de 25 centigrammes pour les enfants du premier âge et à la dose de 50 centigrammes dans la seconde enfance, dose qu'on peut répéter quatre à six fois par jour, en mélangeant la poudre au lait ou au potage de l'enfant.

3. Il faut être sobre des narcotiques dans l'entérite chronique ; on réservera l'emploi du *laudanum* pour les cas de coliques douloureuses ou de vomissements rebelles.

4. Les toniques et les stimulants formeront la base du traitement à la période cachectique. Le vin de quinquina, le rhum, l'élixir de Garus, le sirop magistral, la teinture de Bestucheff, les frictions stimulantes et les bains sulfureux ou salés seront les meilleurs adjuvants du traitement antidiarrhéique. Un séjour à la campagne, au bord de la mer ou *à la montagne*, suffit parfois dans la belle saison pour stimuler l'appétit, favoriser l'assimilation et diminuer la diarrhée.

CHAPITRE XVI

DYSENTERIE

La dysenterie n'étant pas une affection très commune dans l'enfance et diffèrent peu à cet âge de ce qu'elle est chez l'adulte, nous n'en donnerons qu'une description succincte.

ÉTIOLOGIE. — La dysenterie chez les enfants est plus fréquente avant cinq ans qu'après cet âge ; c'est surtout chez les enfants de deux ans que Meigs et Pepper l'ont observée (7 fois sur 39 cas). D'après les mêmes observateurs, la maladie atteint plus souvent les garçons que les filles. Elle sévit surtout en automne après les étés chauds ; *elle est plus commune à la campagne que dans les villes*. Une mauvaise nourriture, un lait acide, des fruits mal mûrs paraissent y prédisposer. La dysenterie est quelquefois une affection *secondaire* ; elle survient surtout alors après la rougeole et la variole ou dans le cours des affections palustres.

La dysenterie s'observe souvent sporadiquement chez les enfants (Jacobi), mais elle sévit surtout *épidémiquement*, particulièrement

(1) Escherich, *Therapeut. Wochenschr.*, 1896, nº 10.

dans les pays chauds. La *contagion* joue un rôle évident dans sa propagation. Constant en a observé plusieurs exemples dans une épidémie de dysenterie secondaire à l'hôpital des Enfants de Paris ; Rilliet et Barthez en rapportent aussi des cas. La transmission de la maladie paraît se faire directement par le contact des malades, ou indirectement par leurs déjections ou les linges qu'ils ont salis ; une canule à lavement mal nettoyée peut être l'agent de la contagion. D'autres fois, la dysenterie paraît se propager par l'air ou par l'eau infectée.

La dysenterie est probablement une affection microbienne, mais son microbe spécifique n'est pas encore exactement déterminé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On rencontre à l'autopsie des enfants qui ont succombé à la dysenterie les mêmes lésions que chez l'adulte ; la muqueuse du gros intestin est rouge, épaisse, ramollie et présente des ulcérations parfois recouvertes de fausses membranes ; le tissu sous-muqueux est quelquefois parsemé d'ecchymoses, la cavité intestinale renferme un mucus sanguinolent, souvent aussi du pus, des débris pseudo-membraneux et des lambeaux sphacélés de la muqueuse. Dans quelques cas rares, on a trouvé l'intestin perforé. Les ganglions mésentériques sont engorgés. Nous ne connaissons aucun fait dans lequel on ait rencontré une thrombose des veines mésaraïques et une hépatite suppurée chez des enfants morts dans nos climats à la suite de la dysenterie.

DESCRIPTION. — Les symptômes de la dysenterie se rapprochent beaucoup de ceux de l'entérite aiguë ; ils en diffèrent cependant par une plus grande acuité et par la présence constante du sang dans les selles. La maladie débute par des épreintes, des coliques et des selles fréquentes ; ces selles renferment les premiers jours des matières fécales ; bientôt elles ne sont plus formées que par un mucus glaireux et sanguinolent et deviennent très peu abondantes ; leur coloration est quelquefois d'un rouge foncé ; habituellement elles sont rosées, ce qui les a fait comparer à de la lavure de chair ; elles sont souvent mélangées de pus et de fausses membranes. Les enfants se plaignent de ténesme et d'une vive douleur à l'anus lorsqu'ils vont à la garde-robe ; chez les plus jeunes, la défécation s'accompagne de cris et d'agitation. Le nombre des selles varie avec l'intensité de la maladie ; dans les cas légers, il ne dépasse pas quatre à huit par jour, mais dans les cas graves il peut atteindre trente et quarante dans les vingt-quatre heures ; l'enfant éprouve alors un ténesme horriblement douloureux qui persiste dans l'intervalle des défécations. Dans quelques cas, l'anus perd sa contractilité ; Rilliet a observé, chez un enfant de quatorze ans qui succomba dans la journée à la dysenterie, une paralysie du sphincter caractérisée par une dilatation permanente

de l'orifice anal. Le ventre est habituellement tympanisé et douloureux, surtout au voisinage de l'ombilic.

Dans les cas légers, la fièvre est modérée ou fait complètement défaut ; les symptômes s'amendent au bout de peu de jours, les selles reprennent leur aspect normal, et la durée totale de la maladie ne dépasse pas une semaine. Dans les cas plus intenses, la fièvre est vive, la peau est chaude et, si la maladie se prolonge, l'enfant maigrit rapidement ; bientôt épuisé par la fréquence et l'abondance des évacuations, il tombe dans le collapsus ; ses extrémités se refroidissent, son corps exhale une odeur cadavérique, et il succombe rapidement. Dans les cas où le malade guérit, la convalescence est longue, et on peut observer, comme suite de la maladie, le rétrécissement de l'intestin ou l'entérite chronique. Quelques auteurs ont signalé des paralysies des membres à la suite de dysenterie ; c'est ainsi que Perret (1) a observé une paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial qui survint dans le décours d'une dysenterie grave chez une enfant de treize ans et qui guérit au bout de dix jours.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la dysenterie est le plus souvent facile ; l'aspect si spécial des selles et le ténesme sont pathognomoniques.

Les *polypes du rectum*, qui ne sont pas rares chez les enfants, s'accompagnent quelquefois de ténesme et de selles sanglantes, mais les hémorragies ne se montrent en général qu'à intervalles irréguliers, et l'absence de symptômes généraux empêchera de confondre cette affection avec la dysenterie.

Le diagnostic avec l'*invagination* sera indiqué à propos de cette maladie. Nous avons parlé plus haut (p. 654) du diagnostic avec la *colite infectieuse* (Voir aussi *Entérite muco-membraneuse*).

PRONOSTIC. — La dysenterie sporadique est généralement une affection bénigne ; quelquefois cependant elle peut avoir une issue fatale chez les enfants (Rilliet et Barthez). La dysenterie épidémique est fréquemment mortelle. Constant, ainsi que Rilliet et Barthez, ont vu succomber presque tous les enfants atteints de dysenterie secondaire qu'ils ont traités. Les symptômes les plus fâcheux pour le pronostic sont l'extrême fréquence et l'odeur cadavérique des selles, la petitesse du pouls et le refroidissement des extrémités.

TRAITEMENT. — C'est par des précautions hygiéniques, des soins extrêmes de propreté et en éloignant les enfants des endroits infectés, qu'on les mettra à l'abri de la dysenterie en temps d'épidémie.

Dans les cas légers, le traitement de la dysenterie consistera dans

(1) Perret, *Lyon médical*, 1er déc. 1889, p. 491.

l'usage de boissons adoucissantes et de petits lavements amidonnés, additionnés de quelques gouttes de *laudanum* (2 à 3 gouttes chez un enfant de deux ans). Henoch recommande des irrigations de l'intestin avec l'eau tiède ou une solution d'acide salicylique au millième. On fera bien de prescrire au début un purgatif léger pour nettoyer l'intestin des matières qu'il renferme.

Dans les cas plus graves, c'est toujours par la *médication purgative* qu'on commencera le traitement; on ordonnera à l'enfant l'huile de ricin, le sulfate de soude, le sulfate de magnésie, ou mieux encore le calomel, qu'on prescrira à la dose de 10 à 15 centigrammes, administrée en une fois ou fractionnée en plusieurs prises qui seront données toutes les heures. Sous l'influence de ces moyens, les selles se modifient rapidement et deviennent franchement diarrhéiques; le calomel leur donne une couleur verdâtre.

Si la dysenterie s'accompagne d'embarras gastrique, on fera bien d'administrer un vomitif; on prescrira toujours dans ce cas l'*ipécacuanha* et jamais le tartre stibié. L'emploi de l'ipécacuanha a aussi été recommandé comme méthode générale dans le traitement de la dysenterie; on l'administrera alors aux enfants par prises de 10 à 20 centigrammes répétées plusieurs fois dans la journée, ou bien en potion à la dose de 1 à 2 grammes, infusé dans 200 grammes d'eau (*méthode brésilienne*). Delioux a proposé pour le traitement de la dysenterie des pilules dans lesquelles l'ipéca est associé au calomel et à l'opium.

L'*opium* rend également de grands services, surtout dans les cas où la maladie s'accompagne d'un ténesme très intense; on l'emploie de préférence sous la forme de *poudre de Dower* ou de *laudanum* administré en lavement. Un bain tiède est souvent un bon moyen d'atténuer les douleurs qui accompagnent la défécation. Contre le ténesme, on recommande aussi les irrigations intestinales avec de l'eau bouillie tiède additionnée de chlorure de sodium à 7 pour 1000; elles nettoient la muqueuse et diminuent les épreintes ainsi que le nombre des selles.

Dans un cas, qui était à la période aiguë, relatif à un enfant de quatre ans dont l'état paraissait désespéré, Sorbets (1) a obtenu une amélioration rapide par l'emploi de lavements renfermant : nitrate d'argent, 5 centigrammes, eau 500 grammes, pour quatre lavements administrés dans la journée.

Les antiseptiques sont aussi indiqués. Bouchard prescrit un mélange de 7,50 de salicylate de bismuth, 15,0 de naphtol β divisé en dix cachets dont il fait prendre de trois à douze par jour suivant l'âge de l'enfant.

Lorsque la maladie traîne en longueur, on prescrira les astringents

(1) Sorbets, *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 437.

et les toniques à l'intérieur; le sirop de ratanhia, la décoction de bois de campêche, le colombo, le tannin, seront particulièrement indiqués; si la dysenterie passe à l'état chronique, on ordonnera des lavements destinés à agir sur la muqueuse ulcérée du gros intestin et composés de *nitrate d'argent* à la dose de 10 à 20 centigrammes pour 100 grammes d'eau.

Dans les cas où la dysenterie prend une forme adynamique, on cherchera à ranimer les forces de l'enfant par l'alcool et le quinquina à hautes doses.

La diète ne doit jamais être absolue dans le cours de la dysenterie; on nourrira le petit malade avec des bouillons ou du lait et on lui donnera comme boisson l'eau albumineuse ou la décoction blanche de Sydenham.

CHAPITRE XVII

ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE

L'entérite muco-membraneuse ou glaireuse, qui est surtout une maladie d'adulte et s'observe principalement chez les femmes comme complication de la constipation et de la neurasthénie avec entéroptose, a été observée assez fréquemment dans le cours de la seconde enfance pour mériter ici une mention. Elle a été bien décrite chez l'enfant par Comby (1), ainsi que par Guinon (2) dont nous résumerons ici les travaux.

ÉTIOLOGIE. — Ce n'est guère qu'après la fin de la troisième année que l'entérite glaireuse a été observée. Bottentuit (3), qui en a traité à Plombières 460 cas de tout âge, en compte 60 chez des enfants de quatre à quinze ans.

La maladie est presque toujours liée à l'hérédité neuro-arthritique ; parfois le père est goutteux, eczémateux, la mère est hystérique ou neurasthénique, les enfants eux-mêmes sont des névropathes en herbe. On a vu plusieurs enfants de la même famille atteints d'entérite glaireuse.

La seconde cause prédisposante importante est la constipation, qui peut déjà dater de la première enfance et qui est due à l'atonie intestinale.

Chez un garçon de huit ans, dont la mère avait souffert de co-

(1) Comby, *Traité des mal. de l'enf.*, t. II, 1897, p. 531.
(2) Guinon, *Revue des mal. de l'enf.*, 1898, p. 114 et 243.
(3) Bottentuit, *Brit. med. Journ.*, 15 avril 1892.

liques néphrétiques, Comby a constaté, en même temps que l'entérite muco-membraneuse, des hémorroïdes et de la gravelle.

DESCRIPTION. — La maladie, essentiellement chronique, est constituée par des crises entéralgiques qui se terminent par l'expulsion de glaires sanguinolentes ou de débris membraneux et par une période intercalaire d'une durée très variable de santé relative.

Les enfants sujets à ces crises sont en général pâles, la peau présente un teint bistré, surtout à la face et au cou, néanmoins les lèvres sont d'un beau rouge. Ils sont maigres, parfois même si émaciés que l'on pourrait les prendre pour des tuberculeux. Ils sont en général dyspeptiques.

Le ventre, tantôt ballonné, tantôt rétracté, présente parfois une sensibilité exagérée au niveau de l'S iliaque ou du côlon transverse, sensibilité qui s'exaspère à l'approche des crises aiguës. On observe néanmoins des formes indolentes.

Au moment de la crise, surviennent des douleurs parfois violentes au niveau de l'ombilic. L'enfant, qui est habituellement constipé, éprouve alors des besoins fréquents de défécation et rend des selles fétides, brunâtres, mousseuses, dans lesquelles on trouve des stries blanchâtres formées par du mucus. Parfois, il n'expulse que des glaires ou des fragments de membrane, simulant des débris de tænia; les longs tubes rubanés ou cylindriques, observés chez les adultes, sont plus rares. Parfois il rend du sang mêlé aux glaires ou même pur. Dieulafoy et Comby ont constaté aussi dans les matières la présence du sable intestinal. Les urines contiennent de l'indican.

Dans l'intervalle des crises qui affaiblissent beaucoup les petits malades, on peut constater, outre les troubles dyspeptiques habituels, des éruptions prurigineuses, parfois très tenaces, et des troubles nerveux.

Dans quelques cas, la crise se complique d'hyperthermie et d'un état typhoïde inquiétant, qui peut s'accompagner d'érythèmes pseudo-exanthématiques; ces symptômes graves disparaissent, une fois la crise terminée.

On a remarqué que les enfants atteints de colite glaireuse subissent un arrêt dans la croissance. « Tel enfant de trois ans, dit Guinon, paraît en avoir deux ; un enfant de onze ans est moins développé et d'apparence plus infantile que son frère qui en a huit. »

PRONOSTIC. — La maladie est très persistante, et quand elle n'est pas bien traitée dès le début, elle peut se prolonger indéfiniment et se continuer à l'âge adulte.

Reclus a insisté sur la fréquence de l'appendicite chez les sujets atteints d'entérite membraneuse. Cette relation est admise pour l'enfant par J. Simon, par Comby, par Guinon, etc.

TRAITEMENT. — Le vrai moyen de prévenir les crises est de combattre la constipation (Voir *Constipation*) par des procédés qui n'irritent pas le tube digestif, et de lutter par une hygiène appropriée contre l'état névropathique de l'enfant.

Au moment des crises diarrhéiques, entéralgiques, le repos au lit, les applications de compresses chaudes sur le ventre, répétées matin et soir, les irrigations intestinales chaudes, le régime lacté constituent la base du traitement.

Comby fait prendre deux fois par jour avant les repas, dans une cuillerée de lait, un paquet contenant :

Bicarbonate de soude	āā 0,25
Magnésie	
Pepsine	0,10
Noix vomique	0,02 à 0,05

Ce traitement est continué pendant dix jours, puis suspendu pendant huit jours, et repris, si cela est nécessaire.

Parmi les cures minérales recommandées, celle de Plombières nous paraît particulièrement indiquée.

CHAPITRE XVIII

APPENDICITE

On a désigné pendant longtemps sous les noms de *typhlite* et de *périty phlite* une affection inflammatoire assez fréquente dans la seconde enfance et siégeant dans la fosse iliaque droite ; elle était attribuée à la phlegmasie du cæcum ou du tissu cellulaire voisin de cet organe. De nombreux travaux entrepris dans ces dernières années, fondés soit sur le résultat des autopsies, soit sur les constatations faites dans le cours des opérations, ont établi que, comme l'avait déjà enseigné Mélier en 1827, cette maladie est presque toujours due à l'inflammation et à la perforation de l'appendice vermiforme. De là le nom d'*appendicite* sous lequel elle est décrite actuellement.

La typhlite et la périty phlite vraies peuvent exister cependant chez l'enfant; c'est ainsi que Mariage (1), faisant l'autopsie d'un garçon de dix ans, traité pour une typhlite stercorale et ayant succombé à une diphtérie intercurrente, trouva la muqueuse du cæcum rouge et épaissie sans ulcérations ; les parois de cet organe ne présentaient aucune perforation, mais étaient adhérentes à l'intestin grêle et, au

(1) Cité par Gaillard, *Traité de méd. et de thérap.*, t. IV. Paris, 1897, p. 601.