

terminant, de nous demander, si l'on peut édifier une classification nouvelle des gastro-entérites, en mettant d'accord l'étiologie, l'anatomie pathologique et la clinique.

Quelles sont tout d'abord les lésions déterminées par les agents infectieux et leurs toxines ?

Les lésions portent sur les trois éléments de la muqueuse gastro-intestinale, c'est-à-dire sur l'épithélium, sur le tissu lymphoïde folliculaire (follicules solitaires et plaques de Peyer), sur le tissu inter et sous-glandulaire.

Les lésions épithéliales consistent surtout dans une transformation mucoïde des cellules glandulaires de l'intestin, ou bien encore en la tuméfaction trouble, ou, plus rarement, l'atrophie des cellules glandulaires avec dilatation kystique des tubes.

Les lésions folliculaires consistent dans un gonflement des follicules solitaires ou des plaques de Peyer, correspondant histologiquement à une hyperémie et à une infiltration du tissu adénoïde avec tendance à la suppuration et à l'ulcération.

Les lésions interstitielles consistent dans l'infiltration leucocytaire et l'épaississement des espaces inter et sous-glandulaires. Elles existent dans tous les cas, quoique plus marquées dans les états chroniques.

Quant aux lésions épithéliales et aux lésions folliculaires, elles sont également associées, mais les unes et les autres peuvent prédominer suivant les cas. Si les premières sont prépondérantes, on dit qu'il s'agit d'une entérite catarrhale; si les lésions folliculaires sont au premier plan, on dit qu'il y a entérite folliculaire.

A cette classification anatomo-pathologique acceptable on peut juxtaposer jusqu'à un certain point une classification clinique.

Aux lésions du tissu épithélial paraissent appartenir, en effet, les gastro-entérites aiguës, légères ou graves, qui vont de la diarrhée simple au choléra infantile; d'autre part, les gastro-entérites, légères ou graves, qui vont de la simple maladie du gros ventre aux formes cachectisantes (Marfan).

Aux lésions folliculaires, beaucoup plus rares, appartiennent les entérites aiguës ou subaiguës qui peuvent revêtir la forme typhoïde ou la forme dysentérique, les deux pouvant aboutir d'ailleurs à la gastro-entérite chronique.

Entre l'entérite catarrhale et l'entérite folliculaire, la ligne de démarcation est loin d'être absolue; ainsi la période de réaction fébrile du choléra infantile correspond presque toujours à une entérite folliculaire à forme typhoïde. Mais il est des cas où l'entérite folliculaire est nettement primitive; elle survient alors au moment d'un sevrage prématuré ou mal dirigé.

Les gastro-entérites légères du type catarrhal s'observent surtout à la suite de la suralimentation ou d'une intoxication par les poisons d'élimination du lait de la femme ou par ceux du lait de vache; le choléra infantile est particulièrement la conséquence d'un empoisonnement par les toxines du lait de vache: cependant il pourrait être dû aussi à une infection ectogène par le proteus.

Quant aux gastro-entérites folliculaires primitives elles semblent en relation avec des infections ectogènes par le streptocoque, le bacille pyocyanique, le coli-bacille.

Les gastro-entérites chroniques peuvent succéder aux aiguës ou bien se développer d'emblée sous l'influence de l'allaitement artificiel ou de l'alimentation précoce avec des farineux ou de la viande.

Il semble, en résumé, que les entérites folliculaires reconnaissent pour cause dominante les infections ectogènes; que les gastro-entérites catarrhales soient plutôt la conséquence des troubles chimiques de la digestion avec infection et intoxication endogènes consécutives; mais ce ne sont là que des conclusions provisoires, que la complexité des causes qui interviennent et leur enchevêtrement ne permettent pas de poser définitivement.

En effet, et nous le rappelons encore en terminant, quatre éléments morbides inter-

viennent dans la genèse, l'entretien des troubles digestifs; ces éléments sont la dyspepsie, la toxicité, l'infectiosité du contenu gastro-intestinal, les altérations des parois. Tant que l'on n'aura pu déterminer l'enchaînement de ces facteurs, la part respective qui leur revient, on ne sera réduit qu'aux hypothèses et l'on ne pourra songer à édifier une classification inattaquable.

Formes cliniques. — A leur degré le plus atténué, les troubles digestifs de la première enfance sont représentés par la dyspepsie gastro-intestinale. Celle-ci est essentiellement caractérisée par la mauvaise élaboration du lait ingéré, sous l'influence de l'alimentation surabondante ou mal réglée. Suivant les cas, les troubles prédominent du côté de l'estomac ou de l'intestin; habituellement, troubles gastriques et intestinaux sont associés, car ces deux segments du tube digestif, l'estomac et l'intestin, sont plus solidaires encore chez l'enfant que chez l'adulte.

Ces troubles digestifs n'ont pas de retentissement sur la nutrition et sur l'état général, au début tout au moins. Mais, si l'on néglige de les enrayer, ils peuvent aboutir, suivant le cas, à l'infection caractérisée soit chronique, soit aiguë; encore convient-il de faire des réserves sur l'absence de participation des agents infectieux dès le début des accidents; car l'examen bactériologique des selles, le contrôle des cultures montrent dès le début une augmentation du nombre et de la virulence des microbes intestinaux. Dès le début se fait une résorption des toxines, ainsi que le prouvent la pâleur, la diminution de la sécrétion urinaire, l'abattement, etc.

Entre la diarrhée dyspeptique et la diarrhée nettement infectieuse il n'y a qu'une question de degré, et la démarcation entre elles deux est bien difficile à établir.

La **dyspepsie** peut être accidentelle et se traduire par des vomissements de lait coagulé et acide, par des selles liquides jaunes ou verdâtres avec des grumeaux. Si les causes qui ont provoqué l'indigestion sont supprimées, si l'enfant est dès le début mis à la diète ou tout au moins rationné, tout rentre dans l'ordre presque immédiatement.

Mais la dyspepsie peut être habituelle, si, comme d'ordinaire, elle résulte d'irrégularités persistantes dans l'alimentation.

Dans ce cas, l'enfant au lieu d'augmenter régulièrement de poids, au lieu d'avoir chaque jour ses trois selles d'un beau jaune et bien liées « comme de la mayonnaise », commence à présenter différents troubles de la digestion; il a des régurgitations, puis des vomissements de lait caillé, exhalant une forte odeur acide, des vomissements muqueux. Bien qu'il crie souvent et demande à boire à chaque instant, son appétit diminue et il abandonne le sein ou le biberon après avoir avalé quelques gorgées seulement; il y a de plus des éructations gazeuses fréquentes, du hoquet.

Les selles deviennent fréquentes et liquides; elles contiennent d'abord des grumeaux blancs, du mucus, puis deviennent d'un jaune brun et verdâtres et exhalent une odeur fétide; en même temps que les selles, des gaz sont émis en abondance par l'anus. La diarrhée peut exister chez les enfants nourris au biberon comme chez ceux qui sont nourris au sein; mais ceux-ci ont souvent aussi de la constipation. Le ventre est dur, ballonné; l'enfant en proie à des coliques pousse des cris aigus à intervalles plus ou moins rapprochés. Il pâlit et perd le sommeil. Sa peau se couvre d'éruptions diverses: urticaire, prurigo, eczéma séborrhéique.

Le retentissement sur l'état général s'accuse par la diminution de poids, la perte du sommeil, la pâleur, parfois par le muguet.

Cette dyspepsie gastro-intestinale guérit toujours lorsqu'elle est traitée à temps. Négligée, elle peut aboutir soit à l'infection aiguë, soit à l'infection chronique, à l'athrepsie.

Les **infections gastro-intestinales aiguës** ou diarrhées toxi-infectieuses de Marfan peuvent être secondaires, ainsi qu'il a été dit, ou primitives (infection rapide par un lait très virulent).