

gastro-entérites, en général graves, atteignant les enfants sevrés et revêtant deux formes : la forme typhoïde et la forme dysentérique. L'entérite folliculaire (Baginsky) peut éclater en toute saison, mais elle est plus fréquente, en tout cas plus grave en été; elle se développe primitivement à la suite d'ingestion de fruits crus ou d'aliments de mauvaise qualité, mais survient surtout chez les enfants qui ont déjà des troubles digestifs et notamment de la constipation, soit que celle-ci résulte de l'usage exclusif du lait stérilisé, soit que les enfants aient été nourris trop tôt avec de la viande; elle survient de préférence chez ceux qui sont prédisposés aux affections gastro-intestinales par l'arthritisme des parents, chez les fils de goutteux, de graveleux, de nerveux. Ces enfants ont en général un gros ventre. Les lésions intestinales sont essentiellement caractérisées par la tuméfaction des follicules clos, agminés ou isolés (psorentérie), et par des ulcérations occupant la place de ces follicules. Dans l'intervalle des follicules, la muqueuse est tuméfiée, rouge, en partie desquamée. La sous-muqueuse participe à l'inflammation; elle est infiltrée de cellules rondes et vascularisée. L'estomac est également altéré.

Tantôt l'affection s'annonce par une fièvre élevée, tantôt l'élévation thermique est peu marquée.

D'ailleurs, les accidents graves ne surviennent pas d'emblée; ils sont presque toujours précédés par une ou plusieurs poussées caractérisées par des vomissements, évacuations fétides, puis des selles glaireuses.

Les selles sont glaireuses, liquides, de coloration verte ou brune, et exhalent une odeur putride, puis elles sont muqueuses et striées de sang. Parfois les enfants ont des besoins presque incessants d'aller à la selle et ne rendent chaque fois que quelques matières glaireuses ou mousseuses, sanguinolentes, analogues à celles qu'expulsent les dysentériques.

Dans certains cas les troubles intestinaux se réduisent à un léger degré de catarrhe, alors que les phénomènes généraux sont d'une gravité extrême; on peut appliquer à ces cas la dénomination de choléra sec.

Dans les formes récidivantes, le mucus est concrété et parfois il existe du sable dans les matières; c'est là le début de l'entéro-colite muco-membraneuse. Les vomissements sont assez fréquents, au début, dans les formes fébriles.

Le ventre est douloureux, affaissé, et l'on y sent le gros intestin contracté, donnant la sensation d'un tube de caoutchouc.

La langue, toujours saburrale, est souvent desquamée par place (desquamation en aires); les aphtes sont fréquentes. L'haleine est fétide et cette fétidité est souvent un signe prémonitoire. Les vomissements sont relativement rares.

La soif est vive, l'appétit très diminué; il serait en tout cas dangereux de céder aux sollicitations des enfants qui réclament des aliments.

Les traits sont altérés, les yeux excavés; cependant l'altération des traits n'est pas aussi profonde que dans les formes de toxémie cholérique. Parfois la torpeur, la douleur des fosses iliaques, la rougeur de la langue simulent la fièvre typhoïde. La peau présente très fréquemment des éruptions érythémateuses, urticariennes, morbilliformes au niveau des articulations, du côté de l'extension.

La température est irrégulière et chaque ascension thermique correspond à une poussée d'infection intestinale. La mort est exceptionnelle; le plus souvent, sous l'influence du traitement, la fièvre tombe, la diarrhée cesse et les phénomènes de toxémie disparaissent, mais la guérison absolue est assez rare; la maladie ne fait qu'entrer dans une phase nouvelle. En effet, à la diarrhée succède la constipation et les enfants expulsent fréquemment des muco-membranes concrétées, striées de sang. L'entéro-colite muco-membraneuse apyrétique, à marche chronique, avec ses rémissions et ses récives alternant sans cesse, succède ainsi à la colite aiguë.

L'infection gastro-intestinale chronique succède parfois à l'infection aiguë, si les causes qui ont fait naître cette dernière continuent à exercer leur influence. Cette infection, lorsqu'elle s'aggrave progressivement, conduit à l'athrepsie, c'est-à-dire à un état cachectique, dont la terminaison habituelle est la mort.

La forme la plus atténuée d'infection intestinale chronique est représentée par la diarrhée.

Il convient de distinguer celle des enfants nourris au sein et celle des enfants nourris au biberon.

Chez les premiers, lorsque l'alimentation est mal réglée, lorsque la mère ou la nourrice a un lait de mauvaise qualité, ou bien encore — ces causes ne pouvant être invoquées — quand les voies digestives de l'enfant sont en mauvais état par suite d'influences héréditaires le plus souvent, chez ces enfants nourris au sein, la diarrhée s'installe dès les premiers mois ou même dès les premières semaines.

C'est une diarrhée verte, biliaire, caractérisée par l'émission de quatre ou cinq selles assez abondantes, de réaction acide et contenant des grumeaux blancs. Le ventre est météorisé, des gaz sont fréquemment émis par l'anus et l'enfant paraît en proie à des coliques fréquentes. Il n'a pas d'ailleurs habituellement de vomissements, peu ou pas d'érythème fessier et il continue à augmenter de poids assez régulièrement. Ces diarrhées chroniques conduisent moins facilement à l'athrepsie que celles des enfants élevés au biberon.

Celles-ci sont dues à l'adulteration du lait, au défaut de propreté du biberon, à la trop grande abondance de la ration quotidienne de lait. Dans ces cas les régurgitations, les vomissements sont assez fréquents; les enfants ont des vomissements d'un liquide blanchâtre et fortement acide, contenant des grumeaux; mais ici encore ce sont les troubles intestinaux qui dominent la scène. La diarrhée n'est pas permanente, elle peut alterner avec la constipation. Dans le cas de constipation, les selles, au lieu de présenter la coloration jaune doré, sont décolorées, d'aspect blanc mastac; dans le cas de diarrhée, elles sont habituellement verdâtres, fétides, ou brunâtres, panachées ou bien ont l'aspect lientérique.

Les enfants ont une haleine fétide, ils exhalent une odeur de beurre rance; ils sont boulimiques et demandent incessamment le biberon. On constate que l'estomac clapote très bas et que le ventre est ballonné. Les fesses sont le siège d'un érythème dû à l'irritation causée par le contact avec les selles; des ulcérations peuvent même se produire, simulant les lésions de la syphilis héréditaire.

Les urines sont rares et contiennent de l'indican, parfois de l'urobiline (Thiercelin).

Le chimisme stomacal est profondément troublé. Des nombreuses recherches faites par Zweifel, Leo, Heubner, Baginsky, Wohlmann, etc., il résulte que, d'une façon générale, il y a séjour prolongé du lait dans l'estomac et production d'acides de fermentation (lactique, butyrique, etc.).

Coincidant avec les troubles digestifs, existent fréquemment des accidents cutanés : eczéma, urticaire, furoncles; dans les cas très graves on observe du pemphigus, du purpura, de l'ethyma, des ulcérations des malléoles, des talons.

Les ganglions superficiels sont augmentés de volume (polymicroadénite).

Les troubles généraux s'accusent par la maigreur qui contraste avec le développement exagéré de l'abdomen; la peau est flasque, ridée; les enfants ont l'aspect de petits vieillards.

La marche chronique de l'affection est entrecoupée par des poussées aiguës, au cours desquelles la fièvre s'allume, les selles deviennent plus abondantes, plus fréquentes et plus fétides; elles sont suivies d'une perte de poids considérable.

La mort survient par cachexie (athrepsie), par suite de complications (broncho-