

parotide, des reins, des poumons et des plèvres, sont les plus communes. Les suppurations du tissu cellulaire avec érysipèle, cystite, péricardite, endocardite et même péritonite, s'observent également vers la fin du stade typhoïde.

La *parotidite* débute ordinairement par une fièvre très élevée et par un gonflement dont la rapidité de développement est surprenante. En quelques heures le visage du petit malade est tuméfié et informe; la muqueuse buccale est rouge et en pressant sur le canal de Sténon on fait facilement sortir par l'orifice un bouchon purulent. La douleur est vive; l'infiltration de la région avoisinante, et le gonflement de l'aponévrose massétérine rendent impossible l'écartement des mâchoires et la mastication. Généralement la suppuration apparaît rapidement, et les incisions précoces, étendues empêchent seules le pus de fuser dans la région du cou; dans certains cas le pus se fait jour vers le conduit auditif ou, encore, vers le pharynx. Ces cas se compliquent facilement d'érysipèle et se terminent par la mort.

Les inflammations du *rein* avec tous leurs symptômes: albuminurie, hématurie, cylindres dans l'urine, produisent des hydropisies et souvent des convulsions urémiques qui se terminent par la mort.

Le plus souvent ce sont les *pneumonies catarrhales* qui épuisent les enfants affaiblis par la gravité de la dyspnée, la persistance de la fièvre et les conduisent à la mort.

**Diagnostic.** — Au cours d'une épidémie le diagnostic du choléra n'est pas difficile. Lorsqu'on ne connaissait pas encore le bacille de Koch, qui est un guide sûr pour le diagnostic, il était très difficile d'affirmer l'origine asiatique des premiers cas; actuellement tous les observateurs reconnaissent que la constatation du bacille dans les fèces donne avec certitude le diagnostic. Si la diarrhée se complique de vomissements et de symptômes caractéristiques d'algidité, de cyanose, de refroidissement des extrémités, d'absence du pouls, d'anurie, la gravité du cas est aussi certaine que le diagnostic. La confusion n'est guère possible qu'avec les empoisonnements par l'arsenic ou le tartre stibié, mais la présence du bacille dans les selles permet d'éviter toute erreur. Bien plus difficile est le diagnostic du stade typhoïde du choléra, si l'on n'a pas assisté à l'attaque elle-même. L'interrogatoire du malade, de même que les caractères de la courbe de température, permettront de le distinguer de la fièvre typhoïde. La

courbe du choléra typhoïde ne présente presque jamais la régularité caractéristique de la fièvre typhoïde.

**Pronostic.** — Le pronostic du choléra est aussi incertain pour les enfants que pour les adultes; ni une santé brillante, ni une constitution vigoureuse ne l'améliorent. D'après l'expérience que j'ai acquise chez l'adulte, il semblerait qu'une alimentation amylicée prolongée, avant le choléra, aggrave le pronostic; du moins tous les malades de la classe ouvrière ont succombé malgré leur air robuste et leur aspect de bonne santé. La prolongation de l'attaque, la durée trop longue du stade d'asphyxie aggravent le pronostic: le gonflement considérable de l'abdomen, l'abondance de liquide dans l'intestin, la chaleur de la peau du ventre ont aussi une mauvaise signification. Le rétablissement rapide d'une sécrétion urinaire abondante, l'apparition de l'exanthème, sont généralement de bon augure. Le danger est particulièrement grave pour les enfants au-dessous de 5 ans et plus encore pour les nourrissons (de 0 à 1 an). Chez les enfants au-dessous de 10 ans, le pronostic est relativement bénin. Les rachitiques et les scrofuleux sont plus menacés que les autres pendant le stade typhoïde à cause des complications pulmonaires qui surviennent à ce moment.

**Traitement.** — Il ne peut guère être question de thérapeutique dans une maladie dont la marche est si rapide, au moins pour ce qui est de l'attaque proprement dite. Par contre, il existe peu de maladies où en désespoir de cause on ait eu recours à tant de procédés irrationnels que dans le choléra. La *prophylaxie* de la maladie est une question internationale; si la maladie se manifeste dans un endroit quelconque la prophylaxie personnelle est très utile à celui qui s'y astreint, mais le nombre considérable des imprudents et des ignorants rend inutiles ces mesures au point de vue de la propagation épidémique.

La prophylaxie applicable aux enfants peut se formuler dans les préceptes suivants: On doit éloigner des enfants toute substance qui peut provoquer la diarrhée, si légère qu'elle soit, et on doit leur donner modérément l'alimentation nécessaire. Il est très important de ne rien donner aux enfants qui ne soit cuit auparavant, et cela s'applique même à l'eau qui sert à la toilette de la bouche. Toutes les règles d'hygiène ordinaires telles que propreté, air pur, régularité sont d'une grande importance. On veillera à ce que l'enfant ne soit pas

constipé, mais la moindre diarrhée sera soigneusement combattue. Les communes devront veiller à la propreté des lieux d'aisance dans les écoles ; les parents ont le devoir de ne pas envoyer à l'école les enfants qui ont la diarrhée.

Quand un enfant sera pris de diarrhée, on le mettra au lit et on le privera de nourriture et de boisson. On peut lui donner des décoctions mucilagineuses douces (décoctions de riz), mais refuser toute nourriture solide. Comme *boisson* on donnera de l'eau bouillie ou de l'eau de Seltz (préparée avec de l'eau distillée) en petites quantités. On ne permettra du bouillon ou une nourriture solide que lorsque la diarrhée aura complètement cessé depuis quelques jours.

Au point de vue du *traitement pharmaceutique* de la diarrhée, je déconseille d'une façon formelle la *médication opiacée* comme étant excessivement dangereuse. Beaucoup d'enfants que j'ai vus mourir de choléra, se trouvaient sous l'influence de l'opium qui leur avait été administré avant leur entrée à l'hôpital. Si les enfants ont la langue chargée on leur donnera quelques gouttes d'acide chlorhydrique dans une décoction de guimauve ou bien de petites doses de *calomel* si la diarrhée se complique de mouvement fébrile élevé et de nausées, phénomènes qui indiquent la participation de l'estomac. Les autres *antiseptiques* tels que la naphthaline, l'iodoforme, l'acide phénique, le benzoate de soude n'ont pas encore prouvé leur efficacité ; la résorcine, préconisée comme antifermentescible contre le catarrhe intestinal de date récente, est peut-être plus active, on pourrait l'essayer aux doses répétées de 0,06 à 0,15 centigr. Il faut éviter le salep et aussi les *lavements amidonnés* qui favorisent les fermentations dans l'intestin.

Comme *excitants* on choisira de préférence les vins généreux (sherry, porto), mais on ne donnera pas le vin rouge ordinaire ni le vin dit de Hongrie ; le cognac dans un peu d'eau est excellent.

On entourera l'abdomen d'un drap chaud, et de compresses froides s'il y a de la fièvre. On ne s'adressera aux *agents constipants*, nitrate d'argent, acide tannique, colombo, cascarille, coto, que si la diarrhée dure depuis longtemps et si les malades n'ont pas de fièvre. Parmi ces substances les meilleures sont l'acide tannique et le nitrate d'argent qu'on administrera en lavements ; on évitera ainsi de fatiguer l'estomac par toutes ces substances. Je ne sais pas encore quelle est la

valeur de l'entérocluse préconisé par Cantani et consistant en lavements faits avec une solution chaude d'acide tannique (3 à 5 d'acide tannique pour 1 litre d'eau stérilisée) à 38 ou 40° et poussés très haut dans l'intestin.

Si malgré tous ces moyens on voit la diarrhée se compliquer de vomissements, le nez s'effiler, et les premiers symptômes de l'attaque de choléra se manifester, on tâchera de combattre l'affaiblissement dangereux du cœur, par des *bains tièdes*, auxquels à la rigueur on ajoutera de la farine de moutarde, par des *frictions douces* de la peau avec un drap, par un peu de cognac administré dans du café noir. On pourra en même temps continuer le traitement commencé. Comme boisson on donnera de l'eau de Seltz glacée avec un peu de cognac.

Pendant la période d'algidité la tâche du médecin consiste à entretenir la circulation du sang qui s'épaissit, soit en ravivant le cœur, soit en fournissant artificiellement à l'économie le liquide qui lui manque. Dans ce but on pourra recourir aux *injections sous-cutanées* d'une solution de chlorure de sodium à 1 0/0, recommandées par Cantani, Kronecker et Meinert (la formule de Cantani est : chlorure de sodium 4 gr., carbonate de soude 3 gr. pour 1 litre d'eau). Mais ces injections ne peuvent réussir que si la pénétration du liquide dans le torrent circulatoire facilite le travail du cœur, en élevant jusqu'à la normale la tension dans le système vasculaire. On peut encore faire des injections sous-cutanées de teinture de musc, d'éther, de camphre alcoolisé, les deux premières de préférence.

On a également essayé les injections sous-cutanées de strychnine aux doses de 0,005 milligr. et de quinine aux doses de 0,10 centigr. Mais on arrive à maintenir la vie moins par le traitement pharmaceutique que par les soins éclairés et continuels dont a besoin le malade, frictions fréquentes, bains, administration continue de petites quantités d'eau glacée, de cognac, de café.

Si le malade commence à présenter les signes de réaction on lui accordera avant tout le repos dont il a tant besoin et on ne lui donnera des boissons en petite quantité ou des stimulants que si l'état de son pouls en indique l'opportunité. Si la tension de l'artère radiale commence à baisser et si le pouls disparaît subitement, c'est alors que se trouvent indiquées les injections sous-cutanées d'éther et de teinture

de musc. Les enveloppements humides dans le but de provoquer une transpiration abondante, sont dangereux, et il peut arriver qu'avec l'élévation de la température et au début d'un état congestif de la tête on soit obligé de recourir à l'application de compresses froides sur la tête. On surveillera attentivement la sécrétion urinaire, et si l'enfant n'urinaît pas malgré l'apparition du stade de réaction, on le sondera ; la percussion ne donne jamais des notions précises sur l'état de plénitude ou de vacuité de la vessie. Les autres accidents du stade typhoïde seront combattus d'après les règles de la thérapeutique générale. Les élévations considérables de la température, le délire, les convulsions urémiques, la parotidite, la pneumonie, la néphrite, seront traités d'après les règles exposées dans les chapitres spéciaux.

Chez les *convalescents* de choléra il persiste ordinairement une susceptibilité très prononcée de tout le canal gastro-intestinal. On surveillera donc très attentivement leur régime alimentaire, surtout s'il s'agit de jeunes enfants. Il se passe ordinairement un temps assez long avant qu'on puisse permettre au malade l'usage de la viande et le retour au régime ordinaire.

#### 7. — Dysenterie.

La dysenterie est une affection contagieuse, généralement fébrile, du gros intestin se manifestant par une diarrhée muco-sanguinolente ou purulente et du ténesme rectal.

**Étiologie.** — La dysenterie peut se manifester sous forme épidémique, surtout dans les grands établissements, les pensionnats, dans les asiles ou les hôpitaux. Dans la clientèle privée, on rencontre ordinairement des cas sporadiques, mais on ne peut nier qu'à certaines époques de l'année ces cas deviennent plus nombreux. La dysenterie, surtout fréquente vers la fin de l'été et au commencement de l'automne, paraît se rattacher, dans les grandes villes comme Berlin, aux diarrhées estivales. La maladie se rencontre de préférence chez les enfants, sans distinction de sexe. Les causes en sont encore inconnues, bien que Kartulis ait trouvé une amibe, Chantemesse et Widal une bactérie à laquelle ils attribuent le développement de la dysenterie orien-

tale. Je crois devoir admettre d'une façon certaine la contagion de la maladie ; j'ai observé des cas de transmission non douteux d'un enfant à un autre, et finalement à un adulte, tous membres de la même famille. Il reste à déterminer jusqu'à quel point l'eau potable, les légumes et les aliments crus doivent être considérés comme les véhicules du virus. Il n'est pas impossible que la maladie se propage parmi les enfants par l'emploi du même vase de nuit.

**Anatomie pathologique.** — Au point de vue anatomo-pathologique le processus présente trois phases que l'on peut rencontrer réunies sur le même intestin, mais qui se distinguent par l'intensité des lésions. Ces altérations de la muqueuse sont catarrhales, folliculaires et diphtéritiques, fréquemment combinées, toutes les trois, avec des lésions hémorragiques.

Dans la *forme catarrhale* on trouve la muqueuse intestinale gonflée, épaissie, l'épithélium gonflé, également épaissi, desquamé par places. Les vaisseaux des villosités intestinales sont fortement congestionnés, le tissu conjonctif est distendu par des cellules lymphoïdes nombreuses ; çà et là, on trouve sur la surface de la muqueuse de longues bandes hémorragiques ; tantôt la muqueuse reste intacte, tantôt le sommet des villosités présente des érosions au niveau des valvules conniventes, mais ces érosions sont tout à fait superficielles.

Le catarrhe est généralement accompagné de *gonflement des follicules solitaires* et aussi des plaques de Peyer quand les lésions ont atteint l'intestin grêle. Les follicules sont remplis de cellules nombreuses et ils forment à la surface de la muqueuse de petites saillies blanchâtres entourées d'un petit cercle de vaisseaux très congestionnés. Si le processus est un peu intense, les lésions des follicules sont plus accentuées. Les globules de pus, qui abondent dans le follicule, rompent sa paroi et produisent de cette façon une perte de substance qui s'étend en profondeur ; peu étendue par elle-même, celle-ci se réunit aux lésions semblables des follicules voisins, et arrive à former dans la muqueuse un abcès anfractueux. Plus tard, la nécrose de la plaque superficielle de la muqueuse qui le recouvre amène la formation d'une grande ulcération. Sur la même portion d'intestin on peut observer simultanément des érosions hémorragiques, du gonflement catarrhal de la muqueuse, de la desquamation épithéliale, des abcès et des ulcérations folliculaires.