

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.

On trouve encore fréquemment de l'*infiltration diphtéritique* et de la nécrose de la muqueuse. De longues bandes de lésions diphtéritiques présentant la coloration des matières fécales, occupent l'épaisseur de la muqueuse ; toute la paroi intestinale est fortement tuméfiée, les couches musculaire et séreuse sont œdématisées, épaissies ; dans certains endroits on trouve l'eschare diphtéritique en partie ou totalement détachée, et à sa place une ulcération plus ou moins profonde ; les abcès folliculaires qu'on rencontre en même temps, sont couverts de tissu diphtéritique ; la couche superficielle de la muqueuse est en partie nécrosée ou tombe en lambeaux. Sur toutes les parties nécrosées, on trouve des dépôts de micro-organismes en forme de bâtonnets, en partie isolés, en partie disposés en amas. Les érosions hémorragiques, les lambeaux de muqueuse nécrosée, les eschares diphtéritiques, les ulcérations profondes ou superficielles, toutes ces lésions accolées donnent à la muqueuse intestinale l'aspect de la dévastation la plus irrégulière. A côté de ces lésions on trouve un fort gonflement de ganglions mésentériques, du gonflement de la rate, et très souvent, des altérations secondaires des poumons (pneumonie catarrhale).

Symptomatologie. — La maladie peut débiter de deux façons : tantôt brusquement avec de la fièvre et, chez les petits enfants, avec des convulsions ; les symptômes prennent rapidement leur complet développement ; tantôt l'affection se manifeste sournoisement sous forme de catarrhe intestinal subaigu accompagné de fièvre modérée.

Dans le premier cas, les enfants deviennent agités et se plaignent de vives douleurs dans le ventre. La langue est sèche, grisâtre, rouge sur les bords ; les joues sont brûlantes, les lèvres sèches, la soif très vive. Le besoin fréquent d'aller à la selle amène les petits malades à chaque instant sur le vase, et au milieu d'efforts pénibles, ils arrivent à expulser une masse muco-sanguinolente mélangée à des débris de muqueuse et contenant fort peu de matières fécales. L'examen microscopique de ces déjections fait voir, à côté des globules de pus et des hématies, une quantité considérable de micro-organismes, généralement des bâtonnets, en partie isolés, en partie réunis en zoogléées. L'expulsion de ces matières paraît soulager le malade pour un moment ; mais, au bout de quelque temps, les douleurs du ventre, généralement périodiques, se manifestent de nouveau, et avec elles,

le ténésme rectal. Le ventre est chaud, mais généralement mou, et seulement un peu ballonné.

Avec la seconde forme de début qui s'annonce comme une diarrhée simple, les phénomènes sont moins intenses, pourtant les coliques, le ténésme rectal, ne tardent pas à devenir intolérables. La fièvre élevée, l'agitation continuelle, jour et nuit, le ténésme et les coliques douloureuses, les pertes assez considérables de sang qu'entraîne la diarrhée persistante, amènent, en peu de jours, un affaiblissement énorme du petit malade. Les enfants maigrissent d'une façon surprenante, leur figure devient pâle, leurs yeux s'excavent et ils tombent dans un état d'apathie considérable. Le pouls devient petit, la respiration difficile et, sous l'influence de la faiblesse du cœur, on voit survenir des troubles circulatoires du poumon qui se manifestent sous forme de catarrhe ou d'atélectasie pulmonaire, accompagnés de toux. Si la faiblesse augmente, cet état se termine au bout de quelques jours par la mort.

Dans d'autres cas, le processus traîne en longueur, avec des symptômes variables. Le ténésme rectal et les selles caractéristiques disparaissent pour réapparaître au bout de quelque temps. Les selles contiennent un mélange de débris de muqueuse, de sang, de matières fécales liquides, et même de pus. L'anus est excorié, le sphincter anal relâché, de sorte qu'au moindre effort, la muqueuse rectale sort au dehors, elle paraît fortement infiltrée, tuméfiée, et dans quelques cas, elle est recouverte d'eschares diphtéritiques. Les urines sont rares, très chargées et albumineuses.

L'amaigrissement est quelquefois extrême, et il existe peu de maladies où le visage des enfants exprime tant de souffrance. L'amélioration ne se manifeste que progressivement, mais même dans ces cas subaigus, la mort peut survenir par l'épuisement et les souffrances. Quand la guérison survient, elle se manifeste par la cessation des douleurs, du ténésme, des coliques, et par l'apparition de selles liquides normales. La fièvre disparaît, la langue se nettoie, redevient humide, les lèvres ne sont plus fendillées, l'appétit devient bon, l'expression du visage se ranime et les malades renaissent à la vie.

Parmi les symptômes isolés, la *fièvre* mérite de nous arrêter un instant. La température est très variable : j'ai observé des cas presque

apyrétiques, et d'autres accompagnés d'une forte élévation de température. Les cas subaigus n'ont ordinairement qu'une élévation thermique insignifiante, et si l'épuisement du malade est considérable, la température peut tomber au-dessous de la normale.

A côté des complications déjà mentionnées, il faut encore indiquer le noma, le scorbut de la muqueuse buccale, les arthropathies ; toutes ces complications se rencontrent dans la dysenterie, au même titre que dans les autres maladies zymotiques.

Parmi les accidents de la convalescence, nous pouvons mentionner la parésie des extrémités, et même l'ataxie aiguë avec aphasie (cas de Lenhartz) ; ici encore, on retrouve les affinités qui existent entre la dysenterie et les autres maladies infectieuses.

Diagnostic. — L'aspect et la nature des selles permettent déjà à eux seuls de faire le diagnostic ; l'aspect des matières fécales contenant du pus, des lambeaux de muqueuse, du mucus sanguinolent, est vraiment caractéristique. Les autres symptômes ne sont pas aussi pathognomoniques, car les coliques et le ténésme peuvent manquer dans des cas où l'aspect des selles ne laisse guère de doute sur la véritable nature de la maladie.

Pronostic. — Le pronostic de la dysenterie est généralement incertain. Les enfants jeunes et ceux dont la nutrition est déjà atteinte, sont très menacés ; mais même pour les enfants âgés, le danger n'est guère moins grand. Les cas qui évoluent très lentement et qui s'accompagnent de lésions diphtéritiques du rectum et de prolapsus de la muqueuse sont d'un mauvais pronostic. Certains étés, la mortalité par dysenterie aurait atteint à Berlin le chiffre considérable de 30 à 40 0/0 du chiffre des décès.

Traitement. — Comme les accumulations de matières stercorales dans le côlon et le rectum peuvent donner lieu aux mêmes symptômes et provoquer les mêmes lésions que la dysenterie, on peut tirer de là les indications thérapeutiques et la conduite à tenir.

La dysenterie sera soignée au début par les laxatifs ; on commencera toujours par administrer l'huile de ricin en émulsion chez les jeunes enfants (huile de ricin, 25 : 100 d'émulsion, une cuillerée à dessert toutes les deux heures). La fièvre et les douleurs violentes seront combattues par les enveloppements froids ou par les compres-

ses appliquées sur le ventre. Contre le ténésme rectal, il n'y a pas de meilleur remède que les irrigations intestinales tièdes avec une solution de sel de cuisine à 1 p. 100. Ces lavages du rectum faits avec une grande quantité d'eau et exécutés avec toutes les précautions nécessaires, calment les douleurs d'une façon extraordinaire et empêchent en même temps les accumulations possibles de matières stercorales. Si les douleurs sont particulièrement vives, on combine les irrigations intestinales avec l'opium administré à l'intérieur, que les enfants âgés, d'après une remarque très juste de Jacobi, supportent très bien même à doses un peu élevées (extr. d'opium 0,015, quatre fois par jour pour les enfants de 5 à 10 ans).

Contre les évacuations abondantes, on peut avoir recours au nitrate d'argent en solution de 0,06 : 100 administré à l'intérieur, ou bien à l'acétate d'alumine fortement recommandé par Soltmann (acétate d'alumine 50, eau distillée 40, sirop 10 ; à prendre par cuillerée à café) ; on peut encore administrer ces deux substances en lavement. Dans beaucoup de cas, j'ai obtenu d'assez bons résultats des lavements de nitrate d'argent (0,10 : 100) qu'on fait suivre deux ou trois fois par jour d'irrigations d'eau. On ne peut nier cependant qu'il existe des cas où ces lavements ne sont pas supportés et où ils paraissent plutôt exagérer que diminuer l'irritation. Comme les enfants se souillent constamment, il est indiqué de leur donner tous les jours des bains dont la température, en rapport avec l'intensité de la fièvre, doit varier de 22° à 28° R. Ces bains sont très bien supportés. Ces moyens suffisent ordinairement dans les cas moyens.

S'il existe des complications diphtéritiques graves, on se trouvera bien de l'application des vessies de glace sur le ventre. Si dans les cas de ténésme rectal violent les irrigations tièdes n'étaient pas supportées ou n'arrivaient pas à calmer la douleur, on pourrait introduire dans le rectum de petits morceaux de glace ; dans d'autres cas encore, on pourra essayer des suppositoires avec de l'extrait de belladone (extrait de belladone 0,06 pour 0,50 beurre de cacao) ou des suppositoires légèrement opiacés.

La nourriture aussi douce que possible, se composera de lait, de potages au lait ou au gruau. On défendra au début le lait et le bouillon, mais dans les cas à évolution traînante, ces substances trouvent leur indication. Dans tous les cas, au début de la dysenterie et à sa période

d'état, on défendra rigoureusement toute nourriture solide. Pour calmer la soif vive du malade, on lui donnera de l'eau de Seltz, des décoctions mucilagineuses et de petites doses de thé ou de café froids.

8. — Fièvre intermittente. — Malaria.

La fièvre intermittente ou malaria est une affection caractérisée par le retour périodique d'accès fébriles s'accompagnant de frissons et de chaleur, maladie causée par des miasmes contenus dans le sol et qui, dans les circonstances ordinaires, n'est pas transmissible d'un individu à l'autre.

Étiologie. — Il y a quelques années on pouvait croire après les recherches de Klebs, Tommasi Crudelli, Marchiafava, Lanzi, Marchand, que le principe de la malaria était connu. Ces auteurs ont notamment trouvé les spores d'un petit bacille dans le sol marécageux des régions à malaria. Ce bacille devait se développer dans le corps de l'homme et des animaux et si, dans un but expérimental, on l'inoculait aux animaux, il provoquait chez eux des attaques caractéristiques de fièvre intermittente, du gonflement de la rate et l'accumulation de pigment dans le sang, comme on le voit dans la malaria. Tous ces faits qui ont paru très démonstratifs au début, ont été non seulement contestés, mais complètement contredits par les intéressantes et importantes recherches de Laveran, Marchiafava et Celli, Golgi et autres. Ces auteurs ont démontré l'existence à l'intérieur des hématies, chez les individus atteints de malaria récente, d'organismes composés de particules de protoplasma homogène et animés de mouvements amiboïdes. Ces micro-organismes qu'on ne rencontre que dans le sang des individus atteints de malaria sont connus sous le nom de *plasmodies* ou d'*hémoplasmodies* de la malaria.

Ces plasmodies en détruisant l'hémoglobine, forment un pigment rougeâtre ou noir et donnent naissance à la *mélanémie* qu'on rencontre dans la malaria. Les plasmodies se multiplient par scissiparité et se transforment en amas de corpuscules ronds. On peut donner la fièvre intermittente à un homme par l'injection intra-veineuse de sang contenant des plasmodies et provenant d'un individu atteint de malaria; ces expériences confirment un fait déjà mis en évidence par

Gerhardt. Dernièrement Golgi a démontré que le développement des types tierce et quarte de la fièvre intermittente, est en rapport avec l'apparition périodique de corpuscules ronds pigmentés dans les hématies des individus atteints de malaria (1).

La malaria est *particulièrement fréquente* chez les enfants; sans parler des cas où on a trouvé les lésions caractéristiques de cette maladie chez le fœtus, la fièvre intermittente peut survenir déjà pendant la première semaine de la vie. Le sexe ne joue aucun rôle étiologique. C'est pendant la fin de l'été et l'automne que la malaria se manifeste avec le plus de fréquence.

La disposition pour cette maladie est d'autant plus marquée, que l'organisme a été déjà affaibli par des maladies antérieures. Une première atteinte augmente considérablement la disposition pour des atteintes ultérieures. La durée de l'incubation, d'après les recherches expérimentales, serait de 7 à 14 jours.

Anatomie pathologique. — Ce qui caractérise la malaria c'est l'*hyper-*

(1) Laveran (1880-1889) distingue 4 types de corps parasitaires: corps sphériques, flagella, corps en croissant, corps segmentés ou en rosace de Golgi (1886). Les corps sphériques petits et jeunes sont hyalins et incolores; quand ils grossissent, ils contiennent des grains pigmentaires dont le nombre va en augmentant, mobiles, et disposés en couronne régulière; ils sont *accolés* aux hématies et vivent à leurs dépens. Les flagella sont des émanations du corps sphérique; le corps en croissant paraît être un corps sphérique accolé aux restes d'une hématie qu'il a détruite (Laveran). Le corps en rosace est un corps sphérique en voie de reproduction (Golgi).

Les leucocytes détruisent les hématozoaires par le mécanisme ordinaire de la phagocytose; leur pouvoir phagocytaire est augmenté par la fièvre, et cela expliquerait la périodicité des accès (Laveran). La quinine diminue ou fait disparaître les parasites.

Pour voir les parasites il faut prendre pendant l'accès le sang du doigt ou mieux l'obtenir par ponction de la rate; on l'examine en couche très mince sous une lamelle couvre-objet lutée de façon à empêcher les courants dans la préparation. On peut encore dessécher une goutte de sang rapidement étendue sur une lame, par le procédé de Hayem pour la préparation des hémotoblastes (Hayem. *Du sang*). On peut les colorer au bleu de méthylène (Laveran) qui ne colore pas le flagella ou par le procédé de Metschnikoff (éosine et bleu de méthylène). Les hématozoaires prennent alors une teinte bleue plus pâle que les noyaux de leucocytes. (L. G.)