

*Dyspepsie chronique des nourrissons.* — Chez les nourrissons plus avancés en âge, les troubles digestifs chroniques passent plus facilement inaperçus parce qu'ils ne retentissent qu'à longue échéance sur l'état général. Cette dyspepsie chronique se voit surtout chez les enfants suralimentés avec un lait nutritif, trop riche en caséine, et à coagulum trop résistant, ou encore chez les enfants sevrés prématurément, ou alimentés après le sevrage, avec des aliments trop grossiers. Ces enfants sont trop gros et trop gras, leur ventre est énorme, proéminent à la façon d'un ventre de boudha, tantôt mou (gros ventre flasque), tantôt résistant (gros ventre ballonné). Les selles sont rares, dures, blanchâtres, sèches, plâtreuses (Marfan<sup>1</sup>). De tels enfants présentent d'une façon précoce des symptômes de rachitisme, chapelet costal, nouures articulaires. Au moment du sevrage, ils sont plus exposés que les autres aux entérites aiguës. Plus tard leur ventre flasque, à triple saillie, les dispose aux hernies et aux ptoses viscérales.

Si ces enfants succombent, on trouve à l'autopsie des lésions de gastro-entérite avec allongement de l'intestin<sup>2</sup>.

**Pathogénie.** — Les troubles digestifs aigus ou chroniques des nourrissons relèvent toujours d'une alimentation vicieuse. Le tube digestif de l'enfant nouveau-né ne digère parfaitement que le lait de femme. Le sein doit être donné, au plus, toutes les deux heures pour les tout petits nourrissons, toutes les trois heures, à partir de trois à quatre mois, afin que la tétée suivante n'empiète pas sur la digestion stomacale de la tétée précédente. A cette condition (l'enfant étant nourri au sein), les troubles digestifs sont exceptionnels; ils peuvent subvenir, néanmoins, à l'occasion d'éruptions dentaires, de changements brusques de température, d'indisposition de la nourrice, mais ils sont légers et passagers. C'est chez les enfants *alimentés au biberon* que surviennent

1. Marfan. *Traité des maladies de l'enfance*, t. II, p. 657.

2. Marfan. Le gros ventre flasque des nourrissons dyspeptiques et l'allongement de l'intestin. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février 1894.

dans la très grande majorité des cas les troubles digestifs et spécialement la terrible gastro-entérite aiguë, le choléra infantile.

L'étude des bulletins statistiques, que publie hebdomadairement la Ville de Paris, met bien en relief les causes de la maladie. On y voit que la mortalité infantile par gastro-entérite, très basse pendant les mois froids, atteint pendant les chaleurs de l'été des maxima qui décuplent le taux moyen. Ainsi est démontrée l'influence néfaste des fermentations que subit le lait pendant les chaleurs. C'est à la multiplication des microbes de fermentation dans le lait, c'est aux poisons qu'ils excrètent (microbes et toxines absorbés par l'enfant), qu'est due dans la majorité des cas la gastro-entérite aiguë des nourrissons.

Chez les tout petits, même en pleine santé, il suffit d'un biberon de lait fermenté pour qu'une attaque d'entérite aiguë se déclare; les enfants plus grands sont plus résistants, et la maladie n'attaque sévèrement que ceux qui sont déjà atteints de dyspepsie chronique. Chez les nourrissons dyspeptiques, le moindre excès alimentaire, en été, peut être funeste. Chez eux, comme chez les nouveau-nés, ce sont les fermentations déversées dans le tube digestif qu'on doit incriminer.

**Bactériologie.** — On trouve, dans les selles, des coli-bacilles en très grande quantité, parfois à l'état de culture pure, et à virulence exaltée. Les coli-bacilles du choléra infantile n'appartiennent pas à une race spéciale; leurs caractères biochimiques varient d'un cas à l'autre, et leur agglutination par le sérum ne permet pas de les différencier des coli-bacilles d'autre provenance (Widal<sup>1</sup>, Nobécourt<sup>2</sup>). Le bacille chromogène vert de Lesage paraît être une variété de coli-bacille douée du pouvoir de sécréter un pigment vert; il n'est du reste pas constant dans la diarrhée verte infantile.

1. Widal. *Société de biologie*, 1897.

2. Nobécourt. *Pathogénie des infections gastro-intestinales des jeunes enfants*. Th. de Paris, 1899.

On trouve souvent, associés au coli-bacille, des microbes dont le rôle pathogène n'est pas négligeable : le bacille chromophile d'Escherich, le streptocoque (Marfan et Marot<sup>1</sup>), le pyocyanique (Nobécourt<sup>2</sup>), le proteus (Ardouin<sup>3</sup>). Nobécourt a insisté sur la gravité des symbioses strepto-colibacillaires.

**Anatomie pathologique.** — Les études histologiques (Marfan et Bernard<sup>4</sup>) expliquent le processus de la maladie. À l'état normal, on ne rencontre les microbes intestinaux qu'à la surface de l'intestin; dans les gastro-entérites aiguës, on les voit pénétrer dans la lumière des glandes, et envahir les couches profondes, d'où ils peuvent pénétrer dans l'organisme. Les lésions à distance s'expliquent à la fois par l'infection généralisée et par l'intoxication : congestions pulmonaires et broncho-pneumonies à coli-bacilles, méningites à coli-bacilles, phlébites des veines abdominales, thrombose des sinus crâniens, dégénérescences des parenchymes glandulaires du foie<sup>5</sup> et des reins; telles sont les lésions constatées aux autopsies.

**Prophylaxie.** — L'alimentation au sein, bien réglée<sup>6</sup>, met presque sûrement l'enfant à l'abri des gastro-entérites. Le devoir du médecin est donc d'engager toute nouvelle accouchée à nourrir elle-même son enfant; l'absence ou l'insuffisance de sécrétion lactée est exceptionnelle, il faut savoir attendre la poussée du lait, une attente de vingt-quatre ou quarante-huit heures, n'ayant du reste aucun inconvénient pour le nouveau-né.

Si la mère ne peut pas allaiter, on prend une nourrice.

1. Marfan et Marot. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, août 1895.

2. Nobécourt. Sur un cas d'infection gastro-intestinale à bacille pyocyanique chez le nourrisson. *Bulletin médical*, 1900.

3. Ardouin. *Infection digestive aiguë chez le jeune enfant* (variétés rares). Th. de Paris, 1898.

4. Marfan et Bernard. *Société de biologie*, 1899.

5. Terrien. Th. de Paris, 1899.

6. Marfan. *Traité de l'allaitement*. Steinheil, 1899. — Budin. *Femmes en couches et nourrissons*.

Ce n'est qu'en dernier ressort qu'on a recours au biberon; mais, dans ce cas, de grandes précautions sont à prendre afin d'éviter la gastro-entérite aiguë.

Pour mettre les enfants élevés au biberon à l'abri de la gastro-entérite, une asepsie rigoureuse doit présider à l'alimentation<sup>1</sup>; les plus grands soins de propreté s'imposent pour le biberon et pour la tétine, et la tétée finie, jamais le surplus du lait ne doit séjourner dans le biberon.

Quel lait faut-il employer? L'industrie met en vente des laits stérilisés à l'autoclave à 120° et conservés dans des flacons hermétiques; en ayant soin de ne déboucher le flacon qu'au moment de verser le lait dans le biberon, on est certain de donner un breuvage exempt de microbes. Malheureusement, la stérilisation à haute température exagère encore les inconvénients du lait de vache, déjà naturellement plus épais que le lait de femme; il est plus riche en caséine et en sels, son caillot est plus compact, et plus résistant aux sucs digestifs. Aussi le lait de vache stérilisé à haute température, tel que le livre l'industrie, n'est-il bien supporté que par des bébés robustes, déjà âgés de plusieurs mois.

Pour remédier à ces inconvénients, certains industriels préparent, sous le nom de lait maternisé, lait maternel, lait humanisé, du lait qui par centrifugation, coagulation partielle, sucrage, écrémage, est ramené, à une composition voisine du lait de femme, puis on stérilise à 120°. L'inconvénient de tous ces procédés de stérilisation à haute température est de caraméliser partiellement le sucre de lait, ce qui produit une teinte brunâtre et un goût étranger.

Cet inconvénient disparaît avec la méthode de stérilisation ménagère imaginée par Soxhlet, et vulgarisée en France par Budin<sup>2</sup>. Le lait est réparti en autant de flacons qu'on veut préparer de tétées pour la journée, ou pour la

1. Congrès de Paris, 1900, section de médecine de l'enfance. Rapports sur l'allaitement artificiel de MM. Jacobi, Heubner, Monti, Johannessen et Variot.

2. Chavane. *Du lait stérilisé*. Thèse de Paris, 1893.

demi-journée; les flacons sont ensuite plongés au bain-marie dans l'eau bouillante pendant 20 minutes. Comme le lait ne bout qu'à 101°, cette opération ne le met pas en ébullition; par suite sa composition n'est pas altérée; néanmoins, tous les germes pathogènes sont tués. Au moment d'en faire usage, il suffit de substituer une tétine au bouchon du flacon, on obtient ainsi un biberon, sans transvasement du lait.

Pour les tout jeunes enfants, on pourra couper le lait de vache d'un tiers ou d'un quart d'eau avant de stériliser le tout. Cette précaution met à l'abri de la dyspepsie chronique (dyspepsie du lait de vache pur, Marfan<sup>1</sup>).

Le procédé de Soxhlet-Budin est le meilleur dans les cas où l'on est certain de recevoir plusieurs fois par jour du lait fraîchement trait, de bonne provenance. Dans les grandes villes, ces conditions sont difficiles à remplir. Malgré l'emploi de la pasteurisation aujourd'hui universellement adoptée dans l'industrie laitière, on n'est pas sûr de ne pas recevoir quelquefois du lait ayant un commencement de culture microbienne; le passage au bain-marie tuera bien les microbes, mais il ne détruira pas les toxines déjà versées dans le lait, et la gastro-entérite ne sera pas évitée. Aussi dans les grandes villes, en été, le lait industriellement stérilisé sera recommandé; mais, s'il s'agit de tout jeunes enfants, on préférera le lait maternisé ou humanisé.

L'usage du lait comme unique aliment peut sans inconvénient être prolongé jusqu'à l'âge d'un an; le sevrage doit être progressif; les soupes, les panades au lait, les potages, les purées de légumes sont les premiers aliments à donner à l'enfant. Il faut éviter de sevrer les nourrissons pendant les grandes chaleurs.

**Traitement.** — Les dyspepsies chroniques de l'enfance guérissent habituellement par le simple retour à une alimentation rationnelle. Dans les entérites aiguës, le rôle du médecin est plus actif: il importe d'abord de vider le tube digestif

1. Marfan. *De l'allaitement artificiel*. Steinheil, 1896.

de son contenu devenu toxique; quelques centigrammes de calomel provoquent ce résultat. Il importe ensuite de ne plus fournir d'aliment aux fermentations gastro-intestinales: on supprimera tout aliment fermentescible; on alimentera l'enfant avec de l'eau bouillie que l'on donnera à volonté<sup>1</sup>. Les bains légèrement sinapisés recommandés par Trousseau, les lavements d'un verre d'eau tiède, les frictions stimulantes, seront employés avec avantage. Les injections sous-cutanées de sérum artificiel, à la dose de 50 à 100 grammes, répétées au besoin plusieurs fois par jour, sont une ressource qui permet parfois de triompher de cas qui semblaient désespérés<sup>2</sup>.

### § 3. APPENDICITE — PÉRITONITES APPENDICULAIRES TOXICITÉ APPENDICULAIRE — APPENDICÉMIE

Ces dernières années, j'ai consacré dix de mes leçons cliniques à l'étude de l'appendicite<sup>3</sup>, sans compter les nombreuses communications que j'ai faites à l'Académie de médecine depuis mars 1896 sur le même sujet. C'est à l'aide de ces matériaux que je vais écrire ce chapitre de pathologie médico-chirurgicale.

**Anatomie.** — Avant la description de l'appendicite, rappelons en quelques mots l'anatomie de l'appendice.

L'appendice cæcal ressemble à un lombric appendu au cæcum (appendice vermiforme). Chez le fœtus, il occupe le sommet de l'ampoule du cæcum, mais chez l'adulte sa situation change: l'ampoule cæcale s'étant fortement dilatée par en bas, l'appendice se trouve implanté plus haut, à la partie postéro-interne du cæcum, à deux centimètres au-dessous de la valvule iléo-cæcale. D'après les

1. Watu. Th. de Paris, novembre 1896.

2. Dolézac. *Les injections de sérum dans le traitement des gastro-entérites cholériques des nourrissons*. Th. de Bordeaux, 1897.

3. Dieulafoy. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1897, 1898, 1900, 1905.