

XXV

BRÛLURES

PAR LE D^r DELANGLADE

Professeur à l'École de Marseille, Chirurgien des hôpitaux

Étiologie. Prophylaxie. — C'est dans l'enfance plus qu'à tout âge que s'observent les brûlures. Et cela s'explique par : susceptibilité plus grande des téguments ; pour produire une phlyctène il faut, chez l'adulte, une température prolongée de 75° au minimum ; chez l'enfant, il suffit de 40° et même moins (Le Dentu) ; mouvements inconscients du bébé, imprudences de l'enfant plus grand ; impossibilité matérielle pour le premier de se défendre contre l'accident ; même impossibilité, mais morale, pour le second qui n'a pas encore de sang-froid et aggrave sa situation par son affolement ; négligence des personnes qui ont charge de veiller sur eux. Ces raisons sont bien puissantes puisque l'enfant échappe, on le conçoit, à la plupart des causes si variées des brûlures de l'adulte. Celles auxquelles il est exposé sont peu nombreuses.

Le coup de soleil est le seul accident de l'ordre du calorique rayonnant qu'on observe chez lui, que les rayons frappent directement ses téguments ou qu'ils lui soient transmis par réverbération soit de l'eau (bains de mer), soit du sol (routes blanches du Midi). On note, au point de vue de la prédisposition à cet égard, de très grandes différences individuelles, et, pour un même sujet, une singulière atténuation par l'accoutumance. Tel enfant qui au printemps et au commencement des vacances ne peut sortir sans prendre un coup de soleil est, à la fin de l'été, parfaitement aguerri. Il convient donc de ne pas s'arrêter démesurément pour cela et de ne pas sacrifier à des craintes excessives le bénéfice du grand air.

Les brûlures par contact de liquides chauds sont les plus fréquentes ; elles sont souvent graves ; les mécanismes par lesquels elles se produisent sont presque constants ; il importe donc d'éveiller sur ces points l'attention des parents. Pour calmer les cris de l'enfant surtout au moment du sevrage, la mère ou la nourrice le prend dans ses bras en vaquant aux soins du ménage, en préparant la soupe, en s'assurant qu'elle n'est pas trop chaude, etc. Ses mains étant occupées, elle ne maintient pas bien celles de l'enfant qui, s'agitant, renverse sur soi casserole ou bol. On ne saurait trop le dire, il ne faut jamais tenir à la fois un enfant et un récipient qui contient un liquide chaud. Quand on prépare la soupe, l'enfant doit être dans son lit. Tant pis s'il crie. Quand on la lui donne et que forcément on le prend dans ses bras, la tasse doit être sur une table à portée de la nourrice, hors de portée de l'enfant. Si l'on néglige cette précaution, on peut s'attendre un jour ou l'autre à un accident. Autres brûlures fréquentes : celles qui, inévitablement, arrivent aux enfants qu'on laisse sans surveillance jouer dans

les cuisines, buanderies, etc. Ils accrochent une marmite et la renversent sur eux ; ils ouvrent le robinet d'une bouillotte et s'inondent ; ils culbutent à la renverse dans un baquet.

Rappelons enfin qu'il faut prendre garde en faisant les toilettes, en donnant un bain de pieds chaud, en appliquant un cataplasme : toutes causes de brûlures qui seraient plus rares si les personnes qui donnent leurs soins aux enfants savaient et se souvenaient que cet accident est possible à une température que leurs propres mains peuvent supporter. Les boules que l'on place dans le lit, notamment après les opérations, déterminent, si elles sont au contact de la peau, des phlyctènes et même des escarres. Pour n'avoir pas d'ennuis, il convient de les isoler à l'aide de serviettes que l'on roule entre elles et l'enfant.

Les corps solides chauds tels que poêles, fourneaux, etc., brûlent les parties découvertes lorsque l'enfant tombe sur eux et sont même susceptibles, si leur température est très élevée, d'enflammer ses vêtements.

Or, quelle qu'en soit la cause, les brûlures produites par les flammes sont généralement étendues et très graves. Le feu communiqué soit aux rideaux du lit ou du berceau, soit aux vêtements de l'enfant, s'étend avec une rapidité d'autant plus grande que les tissus sont plus légers et l'appel de l'air plus fort. Dans la mousseline, dans l'ouate, c'est presque instantané, ce qui montre la prudence qu'il faut apporter aux pansements faits la nuit, éclairé par une bougie. La course en désordre, le courant d'air que crée l'ouverture d'une porte pour appeler du secours, autant de causes qui accélèrent la combustion. De même de l'arrachement des étoffes en ignition qu'il faut éteindre sur place par étouffement, sans perdre une seconde. Si l'action de la flamme est courte, la brûlure reste superficielle. Si elle se prolonge, la graisse sous-cutanée s'enflamme et une véritable carbonisation se produit.

Après ces accidents fréquents mentionnés, au point de vue médico-légal, une variété heureusement exceptionnelle de brûlures, celles que certains dégénérés infligent à leurs jeunes enfants pour les torturer. Bijard n'est, hélas ! pas une invention de Zola. On a vu des brûlures produites par l'application de fers à repasser chauds, pelle ou tisonnier rougis, pièces de monnaie passées au feu, etc. On les reconnaît à la forme de la partie brûlée, à ses contours marqués par des escarres reproduisant l'instrument, en quelques points à l'état lisse de la peau qui est roussie et « semble avoir été repassée ».

Devant les substances chimiques, les téguments de l'enfant présentent la même sensibilité que devant la chaleur. Sans parler des caustiques énergiques, des vésicatoires, de l'ammoniaque qui produisent en très peu de temps des phlyctènes énormes, on voit des brûlures au troisième degré dues à de simples badigeonnages à la teinture d'iode. Les substances antiseptiques ordinaires, maniées sans discernement, peuvent causer les mêmes désordres. Le sublimé ne doit pas être maintenu en pansement humide en solution au delà de 1/4000 et l'usage des solutions phéniquées n'est permis qu'en attouchements courts. La réunion superficielle des plaies opératoires peut, rarement, il est vrai, être retardée par le gonflement et même la vési-

cation de la peau au contact de la gaze iodoformée. Aussi préfère-t-on en général le pansement purement aseptique.

Brûlures par liquides chauds, brûlures par les caustiques se retrouvent au niveau de la bouche, du pharynx, de l'œsophage — beaucoup plus rarement au niveau du rectum — et relèvent toujours soit d'un défaut d'attention dans les soins donnés à l'enfant, soit de l'absence de surveillance.

Ce sont surtout les régions découvertes qui sont brûlées : face, crâne, cou en première ligne, membres en seconde. Le siège est assez fréquemment atteint, le tronc plus rarement, sauf dans les brûlures étendues. Celles de la paroi abdominale présentent souvent une gravité toute particulière (de St-Germain). Dans les tout premiers mois, ces accidents sont assez rares ; ils augmentent beaucoup au moment du sevrage pour la raison que nous avons dite, diminuent ensuite, atteignent leur maximum de 5 à 8 ans et sont moins nombreux plus tard. Fillettes et garçons sont à peu près également atteints, la curiosité des unes s'équilibrant avec l'étourderie des autres.

Symptômes. — Rien de spécial à noter au point de vue de la *profondeur*. On retrouve chez l'enfant les mêmes degrés que chez l'adulte, la classification de Dupuytren lui est applicable. Le 2^e et le 3^e sont de beaucoup les plus habituels, le 4^e est plus rare, le 1^{er} ne se voit à l'état isolé que dans le coup de soleil, les 5^e et 6^e ne s'observent guère que dans la carbonisation par combustion des vêtements, heureusement rare. Le facteur le plus important à l'égard du pronostic est l'*étendue* de la surface brûlée (Gerdy).

Brûlures étendues. — Lorsque la brûlure occupe la moitié et quelquefois même un tiers de la surface du corps à l'état de phlyctènes seulement, la mort est à peu près inévitable (A. Broca), tandis qu'elle ne survient chez l'adulte que si les deux tiers au moins des téguments sont brûlés. Quelques-uns de ces enfants ont une agitation extrême, des douleurs horribles, des convulsions qui amènent rapidement la mort (Guersant) ; d'autres, plus nombreux, sont en état de shock, pâles, froids, insensibles, prostrés, incapables de répondre aux questions qui leur sont posées. A peine poussent-ils un gémissement faible lorsque, les déshabillant, on arrache par mégarde des phlyctènes adhérentes à leurs vêtements et pendant qu'on les panse. Leur pouls est petit, filant, souvent imperceptible, leur respiration courte, haletante, superficielle. Cet état peut durer un jour, deux au plus ; il ne dépasse généralement pas quelques heures. Exceptionnellement cette dépression se dissipe un peu et fait place à des accidents infectieux qui, en quelques jours, emportent le petit malade. Bref, c'est le tableau, à traits seulement grossis, des brûlures étendues en général. Les lésions anatomiques du système nerveux, des appareils respiratoire, digestif et urinaire ne diffèrent pas de celles de l'adulte, non plus que les explications pathogéniques que l'on en a données. On en trouvera toute l'exposition et la discussion dans l'article de notre maître, M. Le Dentu (*Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. I).

Brûlures limitées. — Ici encore nous trouvons, soit au point de vue local, soit au point de vue général, une exagération de la symptomatologie de l'adulte. Dans le coup de soleil, il y a rougeur et gonflement des parties

qui ont été exposées au rayonnement, s'arrêtant net sur leurs contours, rougeur vive, luisante, plus accusée au centre et sur les points saillants, atténuée à la périphérie. Les phlyctènes sont exceptionnelles. Avec cela céphalée légère, quelques épistaxis, et c'est tout. Quelquefois, cependant, il y a une surexcitation nerveuse extrême, des convulsions, du délire, des vomissements, un pouls fréquent, une température élevée. Cet état alarmant ne dure d'ordinaire que quelques heures, mais peut se prolonger deux et même trois jours. Quelques applications fraîches, un purgatif, par-dessus tout le repos complet et tout se dissipe. La rougeur elle-même diminue vite. A sa place se fait une desquamation furfuracée. La peau conserve quelque temps une pigmentation particulière qui lui donne une teinte légèrement cuivrée.

Les brûlures accidentelles sont presque toujours superficielles et ont, le plus souvent, l'apparence phlycténulaire. Chez quelques enfants, les bulles ont de très petites dimensions (lentilles, grains de mil) et sont rapprochées les unes des autres. Souvent, au contraire, elles sont énormes. Il faut, comme chez l'adulte, distinguer celles qui, remplies d'une sérosité citrine plus ou moins fluide et reposant sur un fond rosé, piqueté ou non, — brûlures au 2^e degré, — doivent guérir sans laisser de trace, de celles qui présentant un liquide louche, rosé ou sanguinolent, un fond ecchymotique ou d'aspect sphacélé, traduisent la brûlure au 3^e degré avec destruction partielle du derme et font, sauf asepsie parfaite, présager, après la guérison, la persistance d'une cicatrice. Ce diagnostic n'est pas toujours facile et la réponse à la première question qui vous est constamment posée : « Mon enfant restera-t-il marqué? », est, dans nombre de cas, d'autant plus impossible que quelques phlyctènes sont déjà déchirées et la couche sous-jacente traumatisée lorsque vous voyez l'enfant pour la première fois.

Les degrés suivants se caractérisent par la formation d'escarres jaunes, brunes ou noires, quelquefois blanches, sèches et dures dans certains cas, plus souvent humides et molles, insensibles au contact et à la piqûre, douloureuses spontanément. Tous ces divers degrés n'existent jamais à l'état isolé ; ils se combinent en proportions diverses les uns avec les autres. Les parties voisines sont presque toujours le siège d'un gonflement intense, là surtout où domine le tissu cellulaire à mailles lâches. Dans les brûlures de la face, l'œdème palpébral est généralement tel qu'on ne peut souvent découvrir les yeux et reconnaître leur état. Les joues et les lèvres sont de même considérablement tuméfiées. Constantes et atroces, les douleurs sont, au bout de quelques jours, surtout exaspérées par le moindre attouchement. De tous les malades d'une salle d'hôpital d'enfants, aucun ne redoute autant les pansements et ne crie plus à leur occasion que les petits brûlés. L'état général enfin est plus ou moins atteint : presque toujours il y a de la fièvre au début. D'après Morton, le premier jour elle n'est due qu'à l'ébranlement causé par le traumatisme. Ultérieurement, elle exprime l'infection. Nous l'avons vue cependant persister deux ou trois jours, les plaies demeurant aseptiques et guérissant sans suppuration. Ne peut-elle être mise alors sur le compte soit de la résorption des produits mortifiés, soit des troubles gastro-intestinaux qui sont assez fréquents, soit enfin des modifications sur-

venues dans la tension certainement et peut-être dans la composition du liquide céphalo-rachidien? L'évolution des brûlures est liée à leur état d'asepsie ou de septicité. Celle-ci était, il y a peu d'années, la règle constante. Tout en mettant à part un certain nombre de complications telles que lymphangite, érysipèle, tétanos, pyohémies qui sont les mêmes avec cette porte d'entrée qu'avec toute autre, on admettait que la guérison ne pouvait s'opérer sans suppuration de la plaie. Suppuration pour le détachement des escarres, suppuration pendant le bourgeonnement étaient, dans les Traités anciens, décrites comme des manifestations de la réparation normale, tout cela identique chez l'enfant à ce qui se passe chez l'adulte, et sans que la période de granulation ait une durée moindre.

Lorsque tel est le processus, les cicatrices consécutives sont chez lui plus graves. Exubérantes et difformes dans les brûlures au 3^e degré, et souvent aussi dans celles du 2^e qui ont suppuré, elles entraînent, pour les brûlures plus profondes, des déformations qui peuvent aller jusqu'à de véritables mutilations. Peut-être l'activité supérieure des tissus de l'enfant cause-t-elle une rétractilité plus grande de la cicatrice. Mais les causes fondamentales paraissent les suivantes : défaut de pansement en raison de l'indocilité et de la malpropreté naturelle des sujets¹, et surtout déviation et ralentissement du développement normal par suite de l'obstacle que lui apporte la cicatrice peu ou pas extensible. Ainsi se voient plus prononcées que chez l'adulte les atrésies des orifices buccal, palpébral et anal, leurs déviations (ectropion palpébral ou labial), les soudures anormales : doigts fusionnés entre eux pouvant réduire la main à un moignon, bras collés au tronc, rarement symphyse entre la face interne des deux cuisses (Piéchaud). Ainsi s'observent également de véritables luxations. J'ai vu un enfant, chez lequel, par ce mécanisme, l'index s'articulait sur la face externe de son métacarpien, et j'ai dû, pour obtenir la réduction, réséquer toute la tête de cet os, aplatie de dedans en dehors et réduite à un bord tranchant. L'arrêt de développement se remarque au niveau des parties brûlées elles-mêmes. On constate ainsi que, sur une main mutilée, les os ont des dimensions moindres que sur celle du côté sain. Il existe aussi quelquefois à distance : atrophie d'un côté de la face par brûlure profonde du cou, scoliose par brûlure du dos.

La remarquable thèse de Mme Nageotte Wilbouchewitch a révolutionné en France, avec la thérapeutique, les suites des brûlures. Elle a montré qu'ici, pas plus qu'ailleurs, la suppuration n'est nécessaire, qu'elle traduit, même atténuée, une infection avec ses dangers, que, localement, elle détruit une couche plus ou moins épaisse de tissus restés en état de servir à la réparation, retarde celle-ci, aggrave les conditions dans lesquelles elle se produit. Un malheureux enfant était porteur depuis 15 mois, quand je l'ai vu, d'une brûlure du crâne qui avait entraîné une nécrose étendue de la voûte, et n'a pu guérir que par des greffes répétées. Dans les brûlures restées aseptiques, la guérison est au contraire rapide. En un, deux, trois pansements, on trouve, sous l'escarre sèche, un épiderme rosé néoformé. Il n'y a pas de

⁽¹⁾ Cependant « l'action de l'urine fraîche, loin d'être nuisible, paraît favoriser la cicatrisation » (Mme Nageotte Wilbouchewitch).

cicatrice pour les cas aux 2^e et 3^e degrés; dans le 4^e, elle est souple, non rétractile; pour les brûlures plus profondes, elle est d'autant moins difforme que les plaies ont moins suppuré. Cette évolution reste indolente et l'état général bon.

Brûlures du tube digestif. — S'il y a eu ingestion de liquide chaud ou seule aspiration de vapeur, l'accident est signalé par des cris intenses, l'impossibilité de la déglutition, une respiration saccadée et anxieuse. Mais la frayeur de l'enfant se calme, la douleur s'apaise, il respire facilement et mange avec plaisir les friandises qu'on lui présente. Le médecin ne doit pas s'en laisser imposer par ce calme apparent, car, quelques heures après, surviennent des symptômes graves, de l'anxiété, de la difficulté à avaler, la face est très bouffie, le pouls fréquent, la peau couverte d'une sueur froide; il y a de la tendance au sommeil (Legouest). La bouche et la gorge sont rouges, couvertes de phlyctènes tuméfiées, ecchymotiques. Vite le gonflement atteint l'épiglotte qui est dure, globuleuse, comparable à une noisette (Philippe Bevan). Alors apparaissent tous les signes d'un œdème aigu de la glotte : toux croupale, dyspnée progressive avec tirage sus et sous-sternal, accès paroxystiques de suffocation. La poitrine est pleine de râles sibilants d'abord, humides ensuite et la mort survient dans le coma. Les mêmes accidents peuvent s'observer dans les brûlures par caustiques. La cavité buccale présente plutôt alors des escarres que des phlyctènes. Dans l'un et l'autre cas, l'œsophage peut être atteint. Si l'enfant guérit de ces accidents terribles du début, s'il n'y a pas d'inflammation des tissus voisins, suppuration péri-pharyngienne, médiastine, etc., il reste à peu près fatalement voué à un rétrécissement dont l'organisation est généralement rapide (voir ŒSOPHAGE).

Traitement. — *Brûlures étendues.* — Aux accidents généraux foudroyants, doit être opposée une thérapeutique énergique et infatigable. « Traiter le shock : injections de caféine, d'éther, de sérum artificiel, inhalations d'oxygène. Combattre la douleur qui tue; s'abstenir de refroidir le blessé pour ne pas aggraver l'hypothermie nerveuse : deux indications que remplissent au début le bain chaud et l'enveloppement dans l'ouate stérile chauffée » (Reclus). Si l'on triomphe de cette première phase, ne pas se relâcher de longtemps, faciliter l'élimination toxique par le rein (régime lacté, bains tièdes), par les voies digestives (purgatifs légers), par la peau (enveloppements chauds), par tous ces émonctoires à la fois (injections répétées de sérum ou lavage du sang utiles encore au point de vue de la régénération globulaire). Se préoccuper enfin vivement de l'asepsie des plaies, car, après le shock, le grand danger est l'infection.

Brûlures limitées. — Avant tout les maintenir ou les rendre aseptiques, donc : 1^o désinfecter très complètement toute la région et ses environs en évitant de détruire les éléments utilisables. Savonnages soigneux et prolongés sans frottements excessifs « un shampoing » (Reclus) suivi d'une irrigation à l'aide d'une solution antiseptique d'abord, d'eau stérilisée ensuite. Après ce lavage seulement, ouvrir à l'aide d'instruments stérilisés les phlyctènes dans leurs points déclives, ébarber les lambeaux flottants, détacher les parties mortifiées, etc.; l'anesthésie générale est très utile pour

bien faire cette toilette, surtout s'il s'agit de la face, et paraît sans danger ; 2° n'utiliser que des objets de pansement d'une asepsie certaine : ouate, gaze, etc., passées à l'étuve. Pour obtenir le plus vite possible la cicatrisation, proscrire tous les agents qui s'opposent à l'épidermisation, acide phénique, sublimé, acide salicylique, etc., et les corps gras. D'autres agents sont, au contraire, kératoplastiques, tels : l'oxyde de zinc, le sous-nitrate de bismuth, le talc, le thiol. Mais l'expérience montre que leur emploi n'est réellement pas nécessaire et que la plaie une fois aseptisée guérit au moins aussi vite et aussi bien sous un simple pansement à l'ouate ou à la gaze stérilisée. Cette pratique mériterait déjà la préférence comme plus simple. Elle a un avantage encore. C'est de mettre l'enfant à l'abri d'une intoxication possible exceptionnellement observée en ces cas avec d'autres agents. Ces pansements aseptiques et secs resteront en place huit jours au moins sauf indication.

Si la plaie est infectée, la nettoyer avec le plus grand soin, place par place, évitant de contaminer les parties restées indemnes ou aseptisées déjà. Prise au début, la suppuration peut ainsi être jugulée. Lorsqu'elle persiste, lorsqu'il y a près d'une articulation une vaste perte de substance, il faut, pour éviter la rétractilité de la cicatrice, étaler la plaie au maximum ; s'il s'agit par exemple d'une plaie du côté de la flexion, maintenir le membre en extension et inversement, en s'aidant d'appareils, palettes, attelles, plâtrés même, si c'est nécessaire. En présence de bourgeons charnus qui ne progressent pas, greffer sur toute la surface préalablement curettée et aseptisée de larges lambeaux épidermiques par le mode de Thiersch, qui assurent en très peu de temps une cicatrisation complète. Traiter de préférence les cicatrices vicieuses graves par l'extirpation suivie d'autoplastie par la méthode italienne modifiée (A. Broca). Y joindre des opérations sur le squelette si les conditions le commandent. Dans la séparation des sutures, se préoccuper surtout de l'angle supérieur de la plaie, car de lui part la récidive. Prendre pour le former des lambeaux où on les trouve. Piéchaud, dans son cas de symphyse crurale, a reconstitué le périnée en abaissant un fragment de muqueuse rectale et obtenu un beau succès. Lorsque la cicatrice vicieuse n'est pas trop profonde, nous avons eu de bons résultats en recouvrant après large libération et hypercorrection les surfaces cruentes par les greffes de Thiersch. Cela permet de ne pas immobiliser tout le membre. La condition nécessaire est de n'être pas obligé à des pansements fréquents. On la réalise aisément en substituant le pansement à la gaze aseptique au pansement gras si longtemps en usage pour les greffes.

Dans les brûlures du pharynx, les accidents asphyxiques obligent parfois à la trachéotomie malgré ses détestables résultats (mort presque constante par broncho-pneumonie). Peut-être le tubage vaudrait-il mieux. Le traitement de ces brûlures elles-mêmes doit d'ailleurs comporter l'aseptisation aussi complète que possible des voies naturelles. Grandes irrigations buccales et nasales à l'eau salée, boriquée ou chloralée bouillie, alimentation au lait stérilisé. A quelque temps de là, lorsque la réparation est avancée, surveiller la dysphagie pour s'opposer de bonne heure au rétrécissement cicatriciel à l'aide du cathétérisme.

CHAPITRE XXI

THÉRAPEUTIQUE

I

NOTIONS GÉNÉRALES DE THÉRAPEUTIQUE

PAR LE D^r J. COMBY

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

S'il y a, entre la pathologie de l'adulte et la pathologie de l'enfant, des différences assez grandes pour justifier une description séparée, ces différences sont bien plus accusées entre les deux thérapeutiques, et nous devons insister sur les notions générales qui serviront de guide au médecin pour le traitement des enfants malades. L'enfant diffère de l'adulte, non seulement par l'âge qui crée des différences de poids, de taille, de force, d'aptitudes physiologiques, etc., mais aussi par la qualité de ses tissus et de ses organes. Il absorbe et élimine plus vite les médicaments internes et présente ainsi un avantage sur l'adulte et le vieillard dont les fonctions d'absorption et d'élimination sont ralenties par l'involution organique quand elles ne sont pas compromises par des tares morbides plus ou moins anciennes. Il supportera donc bien les substances actives, les poisons qui nous servent de médicaments.

Le D^r Satsouta (*Zitomir*, Russie) donne à différents sujets, entre 8 et 80 ans, l'iodure de potassium et le salicylate de soude à la dose de 6 centigrammes par kilogramme de poids (enfant de 25 kilogrammes prenant 15 centigrammes). Il cherche ensuite la présence de l'iode et de l'acide salicylique dans les urines, la présence de l'iode dans la salive. Chez un enfant de 9 ans (poids 25 kilogrammes) ayant pris 15 centigrammes d'iodure, l'iode apparaît dans l'urine 19 minutes après l'ingestion ; chez un adulte de 56 ans ayant pris 40 centigrammes, le médicament met 50 minutes à passer dans l'urine, et, chez un vieillard de 76 ans, il met 57 minutes. Donc la rapidité d'absorption et d'élimination des médicaments est en raison inverse de l'âge.

Cela explique la tolérance de l'enfant à l'égard des grands médicaments (quinine, mercure, arsenic, acide salicylique, antipyrine, iode, etc.), et cela pourrait rendre le médecin très audacieux dans sa thérapeutique. Mais il ne faut pas oublier que, si l'enfant absorbe et élimine plus vite, il réagit, par contre, plus vivement à l'égard des substances toxiques, son système nerveux étant très excitable et ses cellules organiques très sensibles à toutes