

Les conséquences de cette nouvelle doctrine, surtout en pathologie infantile, étaient graves, puisque, tendant à supprimer toute contagion d'origine intestinale par la consommation du lait tuberculeux, elle supprimait *ipso facto* toute mesure sanitaire édictée contre les vaches tuberculeuses et même toute précaution dans le choix du lait à donner aux enfants.

Au dernier Congrès de Berlin (1902), M. R. Koch s'est heurté aux expériences et aux affirmations contraires aux siennes, venues un peu de partout, de Danemark, d'Amérique, d'Angleterre et de France.

Nos compatriotes, MM. Arloing et Nocard, ont opposé aux expériences négatives de M. Koch des expériences positives : M. Nocard, avec la tuberculose bovine inoculée au singe, M. Arloing avec des cultures très virulentes de tuberculose humaine, inoculée aux bovidés.

Et, chose curieuse, M. Koch s'est retranché derrière la clinique, opposant à ses adversaires l'extrême rareté de l'entérite tuberculeuse primitive, et concluant, pour ce motif, à la rareté de l'infection tuberculeuse par la voie intestinale.

Comme si on ignorait la prédilection du bacille pour le poumon ! Quelle que soit la porte d'entrée dans l'organisme, c'est le poumon, ce sont les ganglions où il se loge et persiste de préférence ; alors que depuis longtemps le lieu de pénétration, peau, muqueuse, péritoine, etc., est redevenu normal. Je crois, pour ma part, que l'étude, chaque jour plus précise, des modes de contagion révélera la fréquence des infections par la voie digestive. Cela n'enlève rien, hélas ! à la fréquence de l'infection par la voie respiratoire ; l'une et l'autre sont très communes, voilà tout. Mais la prophylaxie de la tuberculose pourrait s'exercer encore avec plus d'efficacité et de puissance sur l'aliment ingéré, lait, viande, etc., suspects, que sur l'air atmosphérique d'une chambre infectée, ou sur la poussière des rues. Il n'est pas indifférent de souligner avec insistance ce fait, jusqu'ici un peu relégué au deuxième plan, d'une contagion très commune par voie digestive, *quelle que soit la forme clinique de tuberculose qui résulte de cette contagion*. — Et ce peut être aussi bien la péritonite ou entéro-péritonite que la méningite ou la broncho-pneumonie, ou même une tuberculose partielle d'os et de ganglion.

Si la notion de contagion, fait brut, commence à pénétrer dans le public, il n'en est pas de même, tant s'en faut, du *mode* de contagion, surtout du mode « digestif ». Que d'années s'écouleront avant qu'une

surveillance s'exerce dans chaque famille sur les aliments suspects ! Et, le voulût-on, comment pourrait s'exercer cette surveillance ? Restent, il est vrai, l'ébullition et la cuisson parfaites. Mais, outre qu'il n'est pas démontré, au contraire, que des bacilles tuberculeux morts sont inoffensifs, le médecin obtient difficilement, sauf pour les nourrissons, l'ébullition ou stérilisation du lait. Cette mesure de prudence semble, même aux médecins, beaucoup moins nécessaire pour les enfants déjà grands et pour les adultes. C'est une erreur, mais enracinée, et aussi celle-ci, que le lait bu fraîchement trait au pis d'une vache de belle apparence est la meilleure et la plus inoffensive des boissons. Quelle maman, en visite dans une ferme, à la campagne, résiste au plaisir, pour elle et ses enfants, d'un goûter au lait tiède et mousseux et au pain bis ?

Ce sont des mesures d'hygiène administrative qui conviendraient ici, la surveillance des étables, l'emploi systématique et obligatoire de la tuberculine comme moyen de diagnostic, le sacrifice des animaux reconnus malades, etc....

Les enfants, les premiers, profiteraient de cette vigilance, et, échappant à la contagion qui les affaiblit pour toujours quand elle ne les tue pas, arriveraient, à la puberté et à l'âge adulte, vigoureux et sains. Et c'est trop souvent le contraire aujourd'hui.

A ces connaissances nouvelles il faut ajouter une modification radicale de nos idées sur la curabilité de la tuberculose. Loin de penser avec Laënnec, avec Virchow, avec la plupart des médecins de la génération présente, que la tuberculose est incurable, qu'elle est, anatomiquement, incapable d'organisation et de réparation, nous savons qu'elle est relativement bénigne et curable dans la plupart de ses formes atténuées qui constituent l'ancien domaine de la scrofule, et nous connaissons le mode habituel du processus curateur, la selérose. Je dis volontiers que, *de toutes les maladies chroniques, la tuberculose est la plus curable*, et je ne crois exagérer en rien. Sans doute il faut entendre qu'il s'agit souvent d'une cure relative, un peu à la façon de celle de la syphilis, car on voit les vieux foyers scrofulo-tuberculeux se réveiller après de longues périodes, dix et vingt ans et plus de sommeil. Mais n'est-ce donc rien que ce long temps conquis sur la mort, pendant lequel la vie commune a été permise à un malade autrefois condamné ?

Plus que tout autre moment de la vie l'enfance est favorable à la guérison des scrofulo-tuberculoses, et c'est merveille de voir avec

quelle facilité, pour peu qu'on l'aide, la force naturelle de la croissance triomphe, non seulement des scrofules ganglionnaires ou osseuses, mais aussi des tubercules pulmonaires ou péritonéaux.

A un autre point de vue enfin, l'enfant attire toute l'attention et la curiosité du médecin, car les formes cliniques de ses scrofulo-tuberculeuses sont bien plus variées que chez l'adulte. Elles sont autres aussi par la symptomatologie et l'évolution.

Nous donnerons à l'étude de ces divers chapitres, qui sont une grosse part de la pathologie infantile, tout le soin qu'ils méritent.

Je reviens, à dessein, à la *contagion*. L'enfance est la période la plus favorable à la transmissibilité des maladies. La rougeole, la coqueluche, les oreillons, la diphtérie, la scarlatine, etc... sévissent sur la seconde enfance avec une intensité exceptionnelle. La nouveauté du terrain, non encore vacciné, et aussi sa qualité sont les causes de cette prédilection des maladies contagieuses pour les enfants; à ce point, qu'on peut être à peu près certain que toute réunion d'enfants un peu nombreuse sera suivie, dans le temps réglementaire, de l'éclosion de l'une quelconque ou de plusieurs de ces maladies. Il est rare, en effet, que l'un de ces enfants ne commence une rougeole ou n'achève une coqueluche, pour ne parler que de ces deux maladies. Par ignorance ou par imprudence on les mêle aux enfants sains, cela suffit, le contact fût-il court ou indirect.

Et, dans les familles, quand un enfant est touché, avec quelle facilité désespérante se prennent souvent les autres quand l'isolement par l'éloignement est impossible ou tardif! Les mesures de prophylaxie, il est vrai, se réduisent le plus souvent à cette formule simple et commode, radicale aussi j'en conviens: « Éloigner les enfants sains! » Mais cela n'est pas toujours facile, et la peur de la contagion, assez légitime en somme, rendra cet éloignement de plus en plus difficile, parce qu'une sœur, une parente n'accueillent plus volontiers, même des enfants sains en apparence, si elles ont des enfants elles-mêmes. Restent les grands-parents, mais il faut encore que cela soit possible. Cette peur de la contagion, légitime, mais excessive, en ce sens qu'elle confond, par ignorance, tous les modes de contagion, englobe dans la même réprobation toutes les maladies contagieuses, et, telle famille, où éclate par exemple une

fièvre typhoïde chez un enfant, est mise en quarantaine. Frères et sœurs, cousins et cousines, grands et petits, tout le monde fuit la maison pestiférée, et si la mère malade ne peut soigner elle-même son enfant, elle devra s'estimer heureuse de ne pas être abandonnée par ses serviteurs. J'ai vu souvent ces abandons de la famille, injustifiés et cruels, contre lesquels il est impossible de réagir utilement, tant le sentiment d'égoïsme et de conservation l'emporte sur les liens du sang ou de l'amitié.

Comment peut-on éviter cet excès de précautions souvent bien inutiles? Par la connaissance précise des modes de contagion de chaque maladie, et par la diffusion de ces connaissances. Alors on fera le nécessaire et rien de plus. Or, le *mode* de contagion, que nous connaissons assez bien aujourd'hui, permet de concilier l'humanité avec la sécurité.

Pour élucider ces problèmes, dont il est superflu de dire l'importance, j'ai fait, depuis bientôt dix-sept ans, dans mon service à l'hôpital des Enfants-Malades, des observations que je publierai ailleurs en détail et qui me semblent pleines d'intérêt. Partant de cette idée que la transmission des maladies contagieuses ne se fait qu'exceptionnellement par l'air atmosphérique, mais le plus souvent par le contact direct ou indirect du malade ou d'objets souillés par lui: linges, jouets, cuillers, etc..., j'ai tenté de supprimer la contagion de la diphtérie, rougeole, coqueluche, etc..., en stérilisant par l'ébullition ou le lavage tout objet touché par le malade, immédiatement après le contact. N'ayant pas encore, dans mon hôpital, de pavillons d'isolement pour la coqueluche non plus que pour la broncho-pneumonie, la varicelle, etc..., nous soignons, mes collègues et moi, dans les salles communes, les enfants atteints de ces maladies. D'autre part, quoi qu'on fasse, il entre et entrera toujours dans ces salles, malgré les pavillons d'isolement spéciaux, des enfants atteints de diphtérie, de rougeole, de scarlatine méconnues. De sorte que les cas de contagion, si on ne s'en défend pas, sont nombreux, et j'ai publié en 1889<sup>1</sup> des statistiques tendant à démontrer que la création, à l'hôpital de la rue de Sèvres, des pavillons de la diphtérie et de la rougeole n'avait pas sensiblement diminué les *cas intérieurs*, c'est-à-dire la contagion de ces maladies. La graine, en effet, ne manque pas et ne manquera pas, quoique moins nombreuse assurément, après la création toute récente du pavillon des douteux.

(<sup>1</sup>) *Bulletin médical.*

Cela étant, et résolu à compter sur moi-même, j'ai organisé des moyens de défense à côté des mesures, excellentes du reste, prises par l'administration. Tout enfant suspect ou reconnu atteint d'une maladie contagieuse est mis en box. Son lit est entouré d'un paravent métallique ajouré qui supprime tout contact avec les autres enfants et prévient médecins, élèves ou infirmières, de la nécessité de prendre des précautions avant et après la pénétration dans le box. Ces précautions sont fort simples, du reste : quitter la blouse de visite et la remplacer par une blouse suspendue à l'intérieur du box, et, après l'examen ou le repas de l'enfant, quitter cette blouse, la remettre dans le box, se laver soigneusement les mains, et, pour l'infirmière, apporter à l'office, dans une cuve d'eau bouillante, tous les objets qui ont servi au repas ou que l'enfant a souillés.

Depuis 1886-87 que fonctionne ce système de défense auquel il faut ajouter le lavage des parquets, j'en ai retiré les meilleurs fruits. Et mes suppléants, MM. Hutinel et Marfan, avec mes chefs de clinique qui se sont succédé, MM. Queyrat, Le Gendre, Deschamps, Martin de Gimard, Guinon, Aviragnet, Bouulloche et Renault, ont obtenu les mêmes résultats, ce qui prouve au moins que la méthode est simple et bonne. Il y faut un peu de volonté ferme de la part du chef de service et beaucoup de soins et de conscience du côté des infirmières, voilà tout.

Or, tandis que, pour la diphtérie, par exemple, *après* la création du pavillon d'isolement, mais *avant* l'application de ces mesures de défense, je perdais en une année (1885-1886), par contagion de diphtérie, 15 enfants, la mortalité et même la contagion ont été supprimées depuis 1886-1887. De même pour la coqueluche. Veut-on savoir, pour cette dernière maladie, comment elle s'est comportée dans les quatre dernières années? En 1892 nous avons reçu, traité et guéri dans le service 20 enfants atteints de coqueluche, chacun d'eux est resté plusieurs semaines dans la salle, d'où cette conséquence que la graine de la maladie a été presque toujours présente. Or, nous n'avons eu aucune contagion. De même en 1895 : 16 entrées de coquelucheux, pas de contagion. En 1894, 18 entrées, pas de contagion. En 1895, 28 entrées et 2 cas de contagion, l'un et l'autre produits par le défaut d'isolement en box d'un enfant dont la coqueluche a été méconnue. Cette contre-expérience et les résultats d'ensemble de quatre années prouvent donc l'excellence des moyens de prophylaxie employés. Pour la varicelle, les oreillons, la

broncho-pneumonie, il en est de même que pour la coqueluche et la diphtérie. Les cas de contagion dans la salle sont tout à fait exceptionnels. Seule la rougeole donne encore des contagions, parce que sa contagiosité est telle et si précoce qu'on peut difficilement la prévenir. Cependant, même pour la rougeole, notre méthode est bonne et prouve que la rougeole obéit aux mêmes lois de prophylaxie que les autres maladies transmissibles. En 1885-86, nous avons eu 37 cas de contagion, 59 en 1887 et 54 en 1888. Nous avons eu, en 1892, 5 contagions seulement, 9 en 1895, 4 en 1894 et 7 en 1895. Il est vrai que le nombre des rougeoles entrées par erreur dans le service a sensiblement diminué dans ces dernières années, mais beaucoup moins cependant que la contagion.

Au Congrès de médecine de Paris, 1900, j'ai publié une statistique de dix années dont la conclusion générale est que : *Tous les services des hôpitaux d'enfants de Paris (et d'ailleurs) deviennent promptement des services antiseptiques.* Et j'ajoute : c'est facile, peu coûteux, et cela épargnera beaucoup d'existences humaines.

Tout ceci prouve au moins une chose, qu'on peut, avec des moyens fort simples et judicieusement appliqués, limiter, supprimer presque la contagion en médecine comme en chirurgie, et cela, dans un vieil hôpital, dans une salle commune à tous les malades, sans frais d'architecture et sans aucun luxe, sauf celui de la *propreté scientifique*, en qui se résume en somme toute la prophylaxie des maladies transmissibles.

J'espère que le lecteur de cette préface en tirera cette conclusion, que, s'il est bon de compter sur l'hygiène administrative, sur les pavillons d'isolement et de douteux, il convient aussi que le médecin applique à la prophylaxie les moyens dont il dispose, qui sont tout-puissants, et sans lesquels, du reste, l'hygiène administrative serait vite stérile ou même dangereuse. N'avons-nous pas vu, dans les chambres d'isolement de la rougeole, se multiplier les broncho-pneumonies et, par elles, la mortalité? Pourquoi? Parce que, sans antiseptie médicale, les sélections sont impuissantes, dangereuses même, à moins d'en arriver à la sélection par cellule et par unité de malades. Ce qui est impossible.

Avant de terminer, je veux rappeler un fait qui montre, mieux que tout autre exemple, avec quelle prudence les conclusions radicales, en médecine, doivent être accueillies.

Il y a sept ou huit ans, à l'aurore de la sérothérapie antidiphté-

rique, beaucoup de médecins n'étaient pas éloignés d'abandonner le diagnostic clinique pour lui substituer le diagnostic bactériologique.

Malgré les prudentes réserves de notre collaborateur, M. Sevestre, et malgré un article que je publiai en 1897 dans le *Bulletin médical*, le diagnostic clinique continua à être subordonné au diagnostic bactériologique qui décidait de l'intervention ou non du sérum de Behring-Roux.

Il a fallu revenir à plus de sagesse et rendre à l'observation clinique sa part décisive dans l'intervention précoce de la sérothérapie.

Aujourd'hui tous les médecins sont d'accord pour intervenir par les injections de sérum, et de par les seules probabilités de l'examen clinique, aussitôt que possible. Le diagnostic bactériologique vient ensuite.

C'est ce que nous avons toujours demandé.

Je remercie nos collaborateurs, français et étrangers, de la part qu'ils ont bien voulu prendre à la rédaction de ce traité. Ils nous auront aidé, je l'espère, à faire connaître aux médecins cet art si difficile, si délicat et si attachant à la fois : l'art de soigner un enfant.

Paris, le 1<sup>er</sup> juin 1905.

J. GRANCHER.

## TRAITÉ

DES

# MALADIES DE L'ENFANCE

### CHAPITRE PREMIER

#### PHYSIOLOGIE ET HYGIÈNE DE L'ENFANCE

PAR LE D<sup>r</sup> J. COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Un Traité des maladies de l'enfance serait incomplet et pour ainsi dire tronqué s'il n'avait pour préface une étude sur la physiologie et sur l'hygiène des enfants, et spécialement des enfants du premier âge. Avant de décrire les troubles morbides, il est naturel d'exposer les fonctions normales; avant d'indiquer le remède qui soulage et qui guérit, il est bon de donner les règles de l'hygiène qui souvent permet de prévenir le mal ou même d'enrayer ses progrès.

I

#### PHYSIOLOGIE DE L'ENFANT

La vie fœtale diffère beaucoup de la vie extra-utérine; le fœtus baigne de toutes parts dans un liquide, où il ne peut respirer; toute sa vie organique est liée au placenta, c'est-à-dire à la mère, dont il reçoit les éléments de nutrition et de vie par le cordon ombilical. Aussitôt après la naissance, tout change brusquement; la circulation placentaire est interrompue, l'enfant respire et va désormais exercer toutes les fonctions animales (respiration, circulation, digestion, etc.).

**Respiration.** — Dès que l'enfant est né, il crie et dilate sa poitrine; l'air, pour la première fois, pénètre dans ses poumons, à moins qu'il ne soit atteint d'asphyxie, de mort apparente, etc. Le docteur Cornil, ayant ausculté un enfant au moment de la première respiration, a nettement perçu un râle crépitant dû au déplissement des alvéoles pulmonaires. Les mouvements de la respiration sont d'abord irréguliers, coupés par des cris et des efforts désordonnés; puis le nouveau-né s'endort et respire sans bruit,