obligé de recourir à l'emploi du *guarana*, 2 à 4 grammes dans de l'eau sucrée, — de la *ratanhia*, 1 à 2 grammes d'extrait, — de la *monésia*, — du *tannin* et des autres astringents, dont je parlerai à propos de la diarrhée inflammatoire. Le simple changement de régime suffit pour calmer la plupart des diarrhées catarrhales. Elles ne résistent que lorsqu'un élément nouveau est venu compliquer l'irritation d'entrailles et que la maladie s'est changée en une véritable entéro-colite. Cette affection se présente alors avec des symptômes tout différents et réclame l'emploi de moyens nouveaux, dont l'exposé prendra naturellement place à la fin du chapitre suivant et qui a pour sujet la diarrhée inflammatoire.

Aphorismes.

266. La diarrhée des enfants à la mamelle est quelquefois l'effet d'une irritation sécrétoire indépendante des inflammations et autres lésions matérielles de l'intestin.

267. Chez l'enfant, la diarrhée est souvent un flux qui résulte du froid, des impressions morales, de la mauvaise hygiène, de l'entassement, de la malpropreté et des impressions morales de la nourrice.

268. La diarrhée est souvent un phénomène sympathique de l'irritation buccale causée par l'évolution dentaire.

269. La diarrhée est très fréquente chez les enfants nourris au biberon, parce que l'instrument est malpropre ou le lait altéré par les microbes.

270. Un lait trop abondant ou donné sans aucune mesure produit toujours la diarrhée.

271. La diarrhée apyrétique jaunâtre homogène a généralement peu d'importance.

272. La diarrhée jaunâtre verdissant à l'air sous l'influence de la réaction des urines n'a rien de grave.

273. La diarrhée jaune verdâtre, ou panachée de grumeaux de caséum, indique une irritation considérable de l'intestin, et la lientérie.

274. La diarrhée séreuse abondante est toujours un phénomène grave, car elle épuise très vite les jeunes enfants.

275. Chez les enfants, la diarrhée sanguinolente et l'hémorrhagie intestinale sont fort graves.

276. Quand la diarrhée est fébrile et se prolonge, elle annonce l'entéro-colite.

277. La diarrhée cholériforme indique l'existence d'une entéro-colite aiguë excessivement grave.

278. La diarrhée catarrhale, spasmodique, guérit ordinairement très vite.

279. Chez les enfants, la diarrhée chronique amène le gros ventre par suite de la tympanite et de la tuméfaction des ganglions du mésentère.

280. Une diarrhée catarrhale qui se prolonge engendre toujours l'inflammation des intestins.

281. C'est un préjugé que celui qui consiste à entretenir la diarrhée de la dentition.

282. Toute diarrhée un peu considérable doit être aussitôt combattue par l'eau de chaux, le sous-nitrate de bismuth et le laudanum de Sydenham.

283. Il suffit souvent de changer de nourrice ou de régler les heures de l'allaitement, en les éloignant les unes des autres, pour guérir la diarrhée.

284. On peut changer plusieurs fois de nourrice et de lait jusqu'à ce qu'on ait trouvé le lait qui convient aux besoins de l'enfant.

285. Les enfants à qui on donne prématurément des aliments solides et qui ont de la diarrhée guérissent aussitôt qu'on les nourrit de lait.

286. La diarrhée catarrhale guérit par les bains, les astringents intérieurs, le sous-nitrate de bismuth et les opiacés.

CHAPITRE IV

ENTÉRO-COLITE

La diarrhée qui se rattache aux altérations anatomiques de l'intestin grêle et du gros intestin mérite le nom d'*entéro-colite*, afin qu'il ne reste aucun doute sur le siège précis de la maladie. C'est ce que Parrot a décrit en 1875 sous le nom d'*athrepsie*. Était-il bien nécessaire d'introduire ce nouveau nom dans la science? Je ne le crois pas. Les noms nouveaux qui s'appliquent à des choses nouvelles sont utiles, mais quand ces noms sont imaginés pour en remplacer d'autres que l'usage a consacrés, il faut les repousser comme étant de nature à amener la confusion dans la science. — Ce n'est pas d'ailleurs à une époque comme la nôtre, tout entière vouée à la localisation anatomique, qu'il convient de supprimer une dénomination basée sur l'anatomie. pathologique pour la remplacer par un mot qui n'est que l'indication d'un symptôme. *Athrepsie* veut dire, d'après son auteur, défaut de nourriture; mais la phthisie pulmonaire est un défaut de nourriture, la tuberculose entéro-mésentérique, la coxalgie et les tumeurs blanches suppurées entraînent à la longue l'amaigrissement, qui révèle un défaut de nourriture. La science avait les mots *cacochymie*, de *cachexie*, de *cacothrepsie*, de *marasme*, de *consomption*, de phthisie, pour indiquer ces différents états. Elle n'a rien à gagner en acceptant le mot d'*athrepsie*, pour remplacer celui de *gastro-entérite* et d'*entéro-colite*.

L'entéro-colite est une des plus redoutables affections des enfants à la mamelle; c'est la plus commune de toutes celles que l'on observe à cet âge. Elle se présente avec un caractère d'unité remarquable, qui se perd à la fin de la seconde année. Alors elle devient de plus en plus rare, et sa forme change à mesure que l'on s'éloigne de l'époque du sevrage. Plus tard, c'est tout simplement de l'entérite. Dans quelques cas, elle est tellement aiguë qu'elle se rapproche du choléra, et elle prend le nom d'entérite cholériforme. J'en parlerai plus loin à propos des symptômes.

L'entéro-colite est donc une affection qui est presque spéciale aux enfants du premier âge. Les désordres principaux de cette maladie ont leur siège dans le gros intestin, et, par extension, dans la fin de l'intestin grêle, disposition inverse de celle qu'on observe dans la fièvre typhoïde, où les altérations sont placées dans l'iléon avec une jetée dans le gros intestin.

Anatomie pathologique. — *Gros intestin.* — Chez les enfants dont j'ai recueilli l'histoire, complétée par l'inspection cadavérique, j'ai pu constater l'altération constante du gros intestin, étendue de l'une à l'autre de ses extrémités. Cette altération est, dans le plus grand nombre de cas, bornée à la muqueuse, ailleurs étendue au tissu cellulaire sous-muqueux et, sur un petit nombre de malades, à toutes les tuniques du gros intestin.

Cet organe est ordinairement contracté, rétréci, par suite du spasme de la tunique musculaire. La muqueuse forme dans son intérieur un grand nombre de plis, dont le sommet, constamment irrité par le passage des matières excrémentitielles, présente souvent des traces d'inflammation. Cette membrane offre une couleur qui varie du rose pâle à un incarnat fort éclatant.

La coloration est due à la présence d'un réseau capillaire fort riche qui affecte deux dispositions très remarquables. Dans un cas, il couvre toute la surface de la muqueuse ; les rameaux, entre-croisés à l'infini, sont interrompus çà et là par de petites granulations blanchâtres, saillantes, déprimées au centre, qui forment des reliefs plus ou moins apparents, suivant les sujets. Ce sont les follicules muqueux de l'intestin hypertrophiés, dont l'intérieur est rempli par une petite quantité de mucus grisâtre que la pression fait sortir. — Dans l'autre cas, la rougeur existe au sommet des plis dont j'ai parlé. Elle se présente sous la forme de linéaments rouges, irrégulièrement disposés, comme les plis, dans le sens de la longueur du côlon, ou plus obliquement, de manière à se couper et à former des losanges et des parallélogrammes inégaux.

En ces endroits, l'érosion ne tarde pas à se faire, le tissu disparaît et l'ulcération s'établit, également bizarre dans sa forme, sinueuse comme les plis qu'elle surmonte.

Ces ulcérations sont ordinairement fort étroites, peu profondes, faciles à méconnaître. Leurs bords sont un peu rouges, nullement tuméfiés, et le fond conserve son harmonie de couleur avec la coloration voisine. Il faut alors examiner de fort près, à contre-jour, pour s'assurer de leur existence.

D'autres ulcérations existent dans les intervalles des plis de la muqueuse. Celles-ci sont de même difficiles à apercevoir, et contrastent avec les surfaces environnantes par leur bord légèrement enflammé. Elles sont fort petites, très superficielles, à peu près circulaires. Elles sont placées au niveau des cryptes mucipares et semblent formées à leurs dépens. Si la maladie date d'une époque éloignée, un grand nombre d'entre elles a déjà eu le temps de se cicatriser, et l'on aperçoit seulement une petite dépression à la surface de la muqueuse, sans qu'aucun changement de couleur ait persisté.

L'épaississement de la muqueuse est fort difficile à constater s'il n'est considérable. Chez les enfants qui succombent rapidement, sans avoir beaucoup perdu de leur embonpoint, la muqueuse conserve une notable épaisseur. Elle est, au contraire, fort amincie et paraît ne plus exister chez ceux qui, étant tombés dans le marasme, meurent lentement et réduits à un état de maigreur déplorable.

Néanmoins, et par exception, il est des sujets chez lesquels cette membrane est évidemment tuméfiée.

La densité de la muqueuse est rapidement modifiée dans l'entéro-colite. Quelquefois elle résiste aux tractions qu'on lui fait subir, mais le plus souvent il est impossible de pouvoir l'enlever par lambeaux. Elle se détache par petits fragments, tant le ramollissement est considérable. Nous avons toujours vu ces cas coïncider avec une rougeur très vive de la membrane.

Avec ces altérations, on peut toujours constater la *psorentérie*, c'est-à-dire le développement anormal des glandes mucipares de l'intestin, qui, dans l'état anatomique ordinaire, échappent facilement à l'observation et se présentent sous forme de points isolés d'une ténuité extrême. Ils paraissent alors sous forme de granulations de 2 à 3 millimètres de diamètre, peu saillantes d'ailleurs, placées dans l'épaisseur ou au-dessous de la muqueuse. Chacune de ces glandes se trouve percée d'une petite ouverture, à travers laquelle s'exhale le mucus. Souvent cette ouverture est dilatée ; les bords en sont pâles et aplatis ; plus souvent la dilatation résulte de l'ulcération des tissus, comme je l'ai démontré plus haut en mentionnant les cicatrices qui restent sur la muqueuse. On reconnaît ces ulcérations à la rougeur et à la tuméfaction de leur circonférence, modifications peu sensibles, facilement appréciables pour un observateur attentif.

La couche de tissu cellulaire qui sépare les tuniques musculeuse et muqueuse participe rarement aux modifications anatomiques de l'état aigu. Sa texture est toujours modifiée dans l'entéro-colite chronique.

Les lésions qu'elle présente sont peu variées, bornées à un simple épaississement dans l'état aigu ; à une induration demi transparente, quelquefois fort épaisse dans l'état chronique. L'épaississement de la couche sous-muqueuse développé dans l'entéro-colite aiguë ne dépasse jamais 1 millimètre. Le tissu est blanchâtre, légèrement endurci, offrant quelquefois une demi-transparence, semblable à celle qu'il présente chez les dysentériques. Lorsque la maladie date de loin, l'induration est considérable. Le tissu est induré, presque inextensible, d'un aspect demi transparent, comme lardacé et criant sous le scalpel.

Il est une remarque qu'il faut faire au sujet de cette altération : je veux parler du rétrécissement du côlon. Les transformations qui s'opèrent dans le tissu cellulaire sous-muqueux s'effectuent au moment où le spasme de la tunique musculaire rétrécit le calibre de l'intestin. Il en résulte une enveloppe inextensible autour d'un organe amoindri, enveloppe qui comprime avec force le viscère et l'empêche de revenir à son volume primitif. Une telle disposition doit avoir une fâcheuse influence sur les fonctions digestives de l'enfant.

Les altérations de la tunique musculaire elle-même sont à peu près nulles, si l'on en excepte cette rétraction dont nous avons plusieurs fois parlé et sur laquelle nous ne reviendrons pas. Elle est le résultat d'un trouble fonctionnel et ne constitue pas, à proprement parler, une altération anatomique.

On rencontre quelquefois, dans la couche du tissu cellulaire sous-péritonéal, des modifications semblables à celle de la couche sous-muqueuse. Je veux parler de l'épaississement de ce tissu que j'ai observé deux fois ; mais cette modification était peu considérable.

Intestin grêle. — La muqueuse de l'intestin grêle est la seule des parties constituantes de cet organe qui participe aux altérations de l'entéro-colite. Les lésions qu'elle présente se rencontrent sur presque tous les sujets et s'élèvent à 20 ou 30 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Elles sont caractérisées par une injection partielle plus ou moins vive des vaisseaux capillaires, avec tuméfaction et quelquefois ramollissement de la muqueuse.

On voit sur cette portion de la membrane les cryptes isolés, un peu plus volumineux que dans leur état habituel, et sans ulcération de l'orifice ; les plaques de Peyer, qui restent dans la plus parfaite intégrité, si ce n'est dans quelques circonstances exceptionnelles où on les trouve tuméfiées et ramollies, mais sans ulcération de leur tissu.

Je n'ai rencontré que deux fois l'extension des altérations précédentes à presque toute la longueur de l'intestin. Partout l'aspect de ces altérations était identique avec celui que nous venons d'indiquer, savoir : coloration et tuméfaction de la muqueuse, avec hypertrophie des cryptes mucipares et gonflement des plaques de Peyer. Il existait, en outre, dans le gros intestin des altérations semblables à celles de l'intestin grêle.

Chez deux autres sujets affectés de colite, il n'y avait pour altération de l'intestin grêle qu'une blancheur éclatante et opaque de la muqueuse, dont la consistance était entièrement détruite depuis la valvule pylorique jusqu'à la valvule iléo-cæcale. Les plaques de Peyer étaient fort peu apparentes.

Estomac. — Cet organe, auquel on a fait jouer un si grand rôle dans la production des évacuations stercorales de l'enfant à la mamelle, ne mérite en aucune manière l'attention dont il a été l'objet. On le trouve toujours à moitié

rempli d'aliments dont la base est formée par du lait coagulé. Les substances, toujours acides, reposent sur la face postérieure et dans le grand cul-de-sac de l'estomac.

La muqueuse est ordinairement plissée, pâle et d'une bonne consistance vers la face antérieure de l'organe; elle est d'un rose livide et diffluente dans les parties qui sont en contact avec les liquides que nous venons d'indiquer.

Dans quelques cas, cette membrane est ramollie dans toute son étendue, et conserve la coloration pâle opaque mentionnée plus haut. Au ramollissement de la muqueuse s'ajoute alors celui des autres tuniques du viscère.

Glandes mésentériques. — On rencontre souvent, avec les lésions de l'entéro-colite, l'hypertrophie des glandes du mésentère, sans coloration ni transformation de leur tissu. Tout le désordre s'arrête à ce degré.

Ce n'est que plus tard, à une période plus avancée de l'existence, que l'on a occasion d'observer la dégénérescence tuberculeuse de ces ganglions. Chez l'enfant à la mamelle, cette dégénérescence ne s'observe presque jamais; il n'y a que les ganglions bronchiques qui aient la plus grande tendance à subir cette désorganisation.

Anatomie pathologique des complications. — Tubercules. — Ce que je viens de dire au sujet des ganglions mésentériques s'applique de même aux tubercules de l'intestin: on ne les rencontre presque jamais chez l'enfant à la mamelle. Leur développement ne paraît possible que vers l'âge de dix-huit mois ou deux ans.

L'érythème des fesses, les ulcérations aux malléoles et le muguet sont les complications les plus ordinaires de la maladie.

On observe aussi comme désordres anatomiques concomitants de l'entéro-colite la rougeur et le gonflement de la muqueuse buccale, les ulcérations des gencives et de la voûte palatine, quelques affections chroniques du poumon, quelques fièvres exanthématiques, etc. Souvent le développement de l'entéro-colite est consécutif aux altérations organiques des maladies précédentes.

Causes. — J'ai établi, dans le chapitre précédent, qu'il n'y avait entre le trouble fonctionnel de la diarrhée catarrhale et la lésion anatomique de la diarrhée inflammatoire qu'une différence de degré; j'ai même ajouté que celle-ci était souvent la terminaison de la première. On peut continuer le rapprochement. Ainsi, les causes de la diarrhée catarrhale sont également celles de l'entéro-colite. Les mêmes influences de *mauvais régime*, d'*encombrement*, de *froid*, de *mauvais lait*, d'*alimentation prématurée*, de *dyspepsie*, d'*indigestion*, etc., amènent l'inflammation aiguë de l'intestin. Je me dispenserai donc de revenir sur la discussion soulevée à ce sujet.

Symptômes. — L'entéro-colite est une maladie insidieuse dans son début, rebelle dans sa marche et souvent funeste dans ses résultats. — On la rencontre à l'*état aigu* et à l'*état chronique*. — A l'état aigu, elle se présente exceptionnellement sous une forme très violente, qu'on désignait autrefois sous le nom de *ramollissement de l'estomac*, et qu'on nomme aujourd'hui *entérite cholériforme*.

Entéro-colite aiguë. — Il y a des enfants prédisposés à cette affection. Ce sont ces créatures ordinairement pâles, chétives et douées de peu d'embonpoint, dont les chairs sont molles, rouges et quelquefois excoriées sur les fesses, les parties naturelles et les cuisses. Ces enfants sont placés dans des conditions hygiéniques défavorables, élevés au milieu des privations et souvent de la malpropreté, nourris sans ménagement, avec trop d'abondance ou

de parcimonie, alimentés au biberon ou à la timbale, et, par sucroit, déjà arrivés à la période de l'évolution dentaire.

On rencontre aussi, mais plus rarement, cette maladie chez de jeunes enfants fort bien tenus, et placés dans des conditions extérieures plus avantageuses.

Au début de l'entéro-colite aiguë, les enfants semblent légèrement inquiets et agités; leur sommeil est facilement interrompu; ils deviennent exigeants, poussent des clameurs que rien ne justifie, agitent leurs membres en imprimant des mouvements de rotation au bassin et en fléchissant les cuisses sur le ventre. Ils continuent de teter sans y mettre la même ardeur qu'autrefois; les régurgitations sont plus faciles: l'enfant rejette des fragments de caséum non digérés. On constate dès lors un peu de diarrhée caractérisée par l'excrétion de selles jaunes encore homogènes. Il n'y a pas de fièvre; la bouche est humide et rosée, sans chaleur vive. Dans quelques circonstances, il existe un érythème aux fesses et aux cuisses, produit par le contact des déjections, ce qui indique pour la peau une plus grande susceptibilité que dans l'état habituel.

Ces symptômes persistent dans cet état pendant deux ou trois jours, et, il faut en convenir, ressemblent beaucoup à ceux de la diarrhée catarrhale. La similitude est telle, au début, que toute distinction est impossible à établir. Pareille difficulté existe dans le diagnostic du catarrhe bronchique et de la pneumonie lobulaire des enfants du premier âge.

De part et d'autre, le temps dissipe toute incertitude. De nouveaux caractères dévoilent l'existence de la pneumonie; des symptômes nouveaux viennent révéler celle de l'entéro-colite.

L'amaigrissement se dessine et les chairs perdent leur fermeté par suite de la disparition rapide du tissu graisseux sous-cutané et de l'altération des éléments anatomiques de tous les viscères. C'est ce que l'on appelle *cachexie*, *cacochymie*, *athrepsie* ou *cacothrepsie*. La peau se flétrit, celle du ventre surtout, qui conserve les plis qu'on imprime à sa surface. L'éclat et la fraîcheur du visage disparaissent, les joues tombent, et les yeux, battus et cernés, s'excavent quelquefois d'une manière effrayante; les os du crâne chevauchent les uns sur les autres. Ces déformations s'opèrent parfois en vingt-quatre heures, si les évacuations ont le caractère cholériforme, ce qui est du plus fâcheux augure. Lorsque la maladie dure depuis longtemps, des rides nombreuses s'établissent sur la face, la sillonnent en tous sens, et déforment les traits à un tel point, qu'un enfant de quelques mois ressemble au vieillard le plus cacochyme et le plus maltraité qu'on connaisse.

L'enfant paraît triste, abattu et souffrant. Il se plaint souvent, refuse le sein que lui offre sa nourrice, ou, s'il le prend, c'est pour le quitter aussitôt. Il vomit son lait coagulé et souvent mélangé avec des matières bilieuses. La régurgitation de lait avec *efforts de vomissement* est le phénomène le plus habituel. Il se reproduit plusieurs fois par jour.

La bouche conserve assez souvent son humidité naturelle; elle ne devient sèche que dans les cas les plus graves, et l'haleine est acide. Alors la muqueuse est un peu rouge, gluante; elle est le siège d'une chaleur considérable. La langue offre une teinte rosée à la partie antérieure; elle se dessèche rarement. Sa surface est blanche, semée d'une foule de petits points rouges, ce qui lui donne un aspect gaufré.

L'état des lèvres est conforme à celui de la muqueuse. Elles sont humides dans l'état ordinaire; desséchées, fendillées même, dans l'état le plus grave de l'entéro-colite.

Les gencives présentent des modifications analogues. Elles sont quelquefois tendues et saillantes aux endroits comprimés par une dent près de sortir.

Enfin, on trouve sur la muqueuse buccale des ulcérations et souvent une production accidentelle, le *muguet*, dont l'existence se rattache de la manière la plus positive à l'affection qui nous occupe. Les relevés statistiques démontrent la vérité de cette coïncidence, et il est fort rare de rencontrer l'une ou l'autre de ces altérations sans qu'il y ait en même temps une entéro-colite.

Le ventre est toujours gonflé, ballonné et paraît être tendu chez les enfants affectés d'entéro-colite; mais cette tension est plutôt le résultat de l'effort musculaire occasionné chez eux par l'investigation du médecin, que le résultat de la maladie elle-même. Cette tension est encore plus évidente au moment des cris. Lorsqu'on peut parvenir à distraire l'enfant et à détourner son attention, la main qui palpe le ventre y trouve une souplesse tout à fait naturelle et détermine rarement de la douleur. La peau de l'abdomen est flasque, conserve le pli fait par les doigts, surtout à une époque avancée de la maladie. Elle n'offre jamais aucune espèce d'éruption exanthématique.

La diarrhée devient considérable : le nombre des selles s'accroît et s'élève jusqu'à dix et quinze par jour. Les matières abandonnent rapidement leur couleur jaune, et se présentent sous des aspects variés, dont l'étude ne saurait être indifférente. Elles offrent aussi quelques propriétés chimiques difficiles à constater, qui pourront peut-être trouver leur application. Elles sont:

1° Demi molles, homogènes, glaireuses, verdâtres et semblables à des herbes cuites; neutres.

2° Demi molles, hétérogènes, vertes ; souvent acides et remplies de glaires.

3° Demi molles, hétérogènes, verdâtres, mélangées à des matières glaireuses et à des fragments jaunâtres de fèces ordinaires ; neutres.

4° Demi molles, hétérogènes, vertes, glaireuses, mélangées à des fragments de caséum non digéré; acides.

5° Diffluentes, verdatres, hétérogènes, composées par une grande quantité d'eau dans laquelle flottent des grumeaux jaunes et verts, ou des grumeaux blanchâtres, acides : cette acidité peut être excessive, et j'ai rapporté plus haut un cas dans lequel leur action sur le linge était telle que du linge neuf était mis en charpie aux endroits maculés, au second blanchissage.

6° Diffluentes, verdâtres, glaireuses comme les précédentes, et mélangées à des filets de sang ou à des gaz d'une odeur fade ; quelquefois aigrelettes.

7° Diffluentes, complètement séreuses.

8° Les selles sanguinolentes sont fort rares à cet âge. On les observe seulement dans la dysenterie, dans l'hépatite aiguë, dans l'invagination, le purpura, la compression de l'enfant dans la parturition, l'entérite aiguë, etc.

9° Les selles jaunes qui verdissent à l'air ne changent de couleur que par la réaction opérée sur elles par les urines qui colorent en vert la matière jaune de la bile. On s'effraye quelquefois beaucoup, mais à tort. Elles n'indiquent jamais un état bien grave.

10° Une grande quantité de micrococci et de bactéries ou bâtonnets, des champignons, des gouttelettes de graisse et cristaux d'acide gras des cellules épithéliales.

Il est impossible de déterminer, par l'examen des garde-robes, de quelle portion du canal alimentaire viennent les matières rendues. On ne sait pas davantage quelle est leur nature intime, car les études chimiques n'ont pas fourni de documents capables d'éclairer cette question. On sait que ces matières sont en grande partie formées par le résidu des matières alimentaires, et qu'on y retrouve du lait ou des aliments imparfaitement

digérés. On sait aussi que des matières dont la nature, dont l'action et les réactions réciproques ne sont pas très bien connues, s'ajoutent à cet élément primitif. Ce sont les produits des follicules mucipares de l'estomac ou de l'intestin, et les produits de la sécrétion biliaire. Le flux mucipare est constamment acide, mais il ne l'est pas toujours au même degré, et l'on ignore les circonstances qui augmentent cette acescence, qu'il est facile de constater. Le flux biliaire est alcalin et sert à neutraliser l'action destructive du premier. Dans cette réaction et dans ce mélange avec les matières alimentaires, se produit une coloration spéciale qui donne aux garde-robes la coloration verte que j'ai indiquée plus haut. Telle est l'opinion d'Huxham (1). « La bile ne devient verte que lorsqu'elle est mêlée à un « acide, et plus cet acide est fort, plus aussi la couleur verte est prononcée. » Sydenham (2) l'attribuait au trouble des esprits animaux.

Ce serait toutefois une erreur de considérer la coloration verte des garde-robes comme le résultat unique de l'acescence des liquides gastriques, car elle ne disparaît pas après l'administration à l'intérieur des poudres absorbantes et alcalines. Elle devrait disparaître, si l'acescence en était la cause: *Naturam morborum ostendunt curationes*. Il est d'ailleurs peu important de se préoccuper de ses caractères, qui n'ont que peu de valeur pour le diagnostic, et qui sont communs aux diverses affections d'entrailles. Ainsi on les observe chez beaucoup d'enfants atteints de diarrhée, lors même qu'ils n'ont pas d'entéro-colite.

Il est rare que les évacuations alvines abondantes ne déterminent pas, en vertu de leurs qualités acides et irritantes, un érythème aux fesses et aux cuisses, toujours suivi de l'ulcération de ces parties. Il faut tous les soins de propreté les mieux suivis pour empêcher la production de cet accident.

L'érythème des fesses et des cuisses existe dans les cinq sixièmes des cas d'entéro-colite. Il débute avec la maladie, et paraît ordinairement plusieurs jours avant son invasion. Il est d'abord constitué par une simple rougeur parsemée de papules rougeâtres plus ou moins confluentes, placées sur les fesses, le scrotum ou la vulve, et la face interne des membres jusqu'aux malléoles. Une érosion de l'épiderme s'effectue sur chacune d'elles, et forme ainsi autant d'ulcérations superficielles de la peau, dont le fond rouge et vif saignant se trouve au niveau de la circonférence. Puis ces ulcérations s'étendent en largeur et en profondeur, elles se réunissent aux ulcérations voisines et offrent quelquefois un diamètre considérable qui va jusqu'à un centimètre. Il en résulte des plaies qui, par leur nombre et l'espace qu'elles occupent, constituent par elles-mêmes, en dehors de l'affection principale, une assez grave maladie.

Ensuite, ces ulcérations offrent un aspect gaufré spécial, qui indique généralement un commencement de cicatrisation. Leur fond rougeâtre présente un pointillé gris, formé, je crois, par l'exsudation d'une petite quantité de lymphe autour de l'orifice des vaisseaux absorbants. Chacune des taches qui forment ce pointillé s'étend et se confond avec les taches environnantes, et il en résulte une fausse membrane qui revêt l'ulcère. Ainsi s'opère leur cicatrisation. Le travail réparateur, loin de débuter par la circonférence, commence par le centre et se fait uniformément à la surface de l'ulcération au moyen d'une petite fausse membrane qui s'organise et se re-

(1) Huxham, *De morbo colico danmoniensi*, in *Observ. de Aere et morbis epidemicis*. London, 1739.
(2) Sydenham, *Traité de l'affection hystérique*, ch. DCCL.

couvre d'un nouvel épiderme. Après la cicatrisation, il reste longtemps des taches rougeâtres cuivrées, qu'on prendrait facilement pour des taches syphilitiques, si l'on ne connaissait leur origine.

On observe fréquemment, avec cet érythème des fesses, une rougeur des malléoles *internes* et des deux talons, rougeur qui devient rapidement l'origine d'ulcérations d'une autre nature que les précédentes. Elles sont profondes, leur fond est grisâtre et sec, les bords sont enflammés et comme phlegmoneux, ce qui tient uniquement à la négligence de certaines précautions de toilette. Il est facile de prévenir cet accident en enveloppant les jambes des enfants de manière à les isoler l'une de l'autre, et à empêcher leur frottement réciproque.

Les *muscles* sont décolorés, anémiques, privés de la striation habituelle.

Le *foie* devient jaune et gras, et le même état graisseux s'observe souvent dans la substance corticale des reins.

Chez les *nouveau-nés*, la substance cérébrale même s'altère considérablement et se ramollit de façon à préparer des hémorrhagies méningées ou de petites hémorrhagies cérébrales.

Au milieu de tous ces désordres, la réaction fébrile est peu considérable. La fièvre est rarement continue, presque toujours rémittente. Elle est continue dans les premiers jours de l'entéro-colite, et caractérisée par une soif modérée, par la chaleur et la sécheresse de la bouche indiquées haut, par une chaleur habituelle assez vive s'élevant à 38 et 38,5, et enfin par l'accélération du pouls, qui varie de 100 à 140 pulsations par minute. Encore est-il vrai de dire qu'il y a dans certains moments du jour, à des époques indéterminées, des exacerbations dans lesquelles la chaleur est portée à un très haut degré, et le pouls à un degré de fréquence extrême. Le surcroît d'accélération du pouls n'est pas en rapport avec l'augmentation de la chaleur tégumentaire.

Lorsque l'entéro-colite est ancienne et paraît devoir passer à l'état chronique, la fièvre est vraiment intermittente. Les accès sont mal réglés. Leur durée est variable. Ils se reproduisent une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, et jamais à des heures fixes. Ils ne sont pas précédés de frissons, et commencent par un état d'abattement durant lequel la chaleur se développe et disparaît sans être constamment remplacée par la sueur.

Pendant les derniers jours de l'existence, la fièvre reparaît avec le type continu, et le pouls reste constamment dans un état d'accélération considérable.

Tels sont les symptômes de l'entéro-colite aiguë. J'ai été forcé de les diviser, afin de pouvoir les décrire. Il faut, après ce travail, indiquer l'ensemble des phénomènes qui caractérisent la forme aiguë *cholériforme* et la forme *chronique*.

Entérite aiguë cholériforme. — L'entéro-colite se présente quelquefois avec des symptômes foudroyants qui rappellent ceux de choléra, c'est l'*entérite cholériforme*, longtemps appelée *ramollissement aigu de la membrane muqueuse de l'estomac*, ce que Parret a appelé *athrepsie aiguë*. Elle débute d'une manière soudaine par des selles nombreuses, fréquentes, très liquides, séreuses, et par des vomissements répétés. En quelques heures le corps maigrit, le visage s'affaisse, pâlit et bleuit, les traits se tirent, le nez se pince, les yeux s'excavent, la peau perd toute sa résistance au doigt, se décolore et se refroidit jusqu'à ce que les évacuations arrêtées permettent à la chaleur de revenir, ou jusqu'au moment où les forces, anéanties par le mal, disparaissent sous l'étreinte de la mort. Cela dure vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Entéro-colite chronique. — Les symptômes de l'entéro-colite chronique

chez les enfants à la mamelle et dans la seconde enfance sont, à peu de chose près, sauf la réaction fébrile, les mêmes que ceux de l'entéro-colite aiguë. Ils se prolongent pendant plusieurs mois. Les modifications de la muqueuse buccale, les troubles de l'estomac et de l'intestin sont semblables. Reste donc l'état du corps, qui est amaigri, *cachectique*, le ventre restant très volumineux, l'aspect ridé de la face, qui prend une expression sénile, et le type intermittent de la fièvre qui se dérange et devient continue aux approches de la mort.

Complications. — L'entéro-colite vient compliquer la plupart des affections de la première enfance. On la rencontre avec les affections chroniques du poumon, de la peau, avec plusieurs des maladies de la bouche, et en particulier avec la stomatite, qui est le résultat de l'évolution dentaire.

Elle est à son tour compliquée par un petit nombre de ces affections. J'ai déjà cité l'érythème de la peau des fesses et les ulcérations aux malléoles : ajoutons le muguet, qui offre avec elle un rapport très intime, et se développe presque toujours pendant la durée de cette maladie.

On observe aussi chez quelques enfants des phénomènes nerveux convulsifs graves qui résultent de l'influence exercée sur la circulation du cerveau par l'affection intestinale. J'ai noté plusieurs fois cette coïncidence des convulsions avec l'entéro-colite. Une fois, entre autres, c'était chez un enfant d'un mois, qui succomba après onze jours de maladie. L'encéphale était dans un état parfait d'intégrité.

Dans d'autres cas, l'état cachectique entraîne la thrombose des sinus de la dure-mère, la gêne à la circulation cérébrale, la congestion du cerveau et avec elle des convulsions ultimes. Cette lésion des sinus est, comme je l'ai démontré, la cause de toutes les convulsions qui terminent les malades aiguës et chroniques de l'enfance.

Marche, durée. — L'entéro-colite débute quelquefois d'une manière très violente. C'est le cas des *entérites cholériformes*.

La maladie a un caractère spécial, et on l'appelle *diarrhée cholériforme* ou *choléra infantile*.

Il est rare que l'enfant résiste. Dans ce cas, les symptômes disparaissent peu à peu, ou se prolongent jusqu'à confirmation de l'état chronique.

Dans la plupart des cas, le début de l'entéro-colite est moins brutal. La maladie se développe, comme la diarrhée catarrhale et spasmodique, sans qu'on y porte trop d'attention. L'enfant est indisposé et a un peu de dévoiement. Les accidents persistent, alors on découvre quelle en est la cause. Ils augmentent et s'aggravent, si l'on ne peut arrêter leur marche. Le sujet s'affaiblit chaque jour et arrive lentement au degré d'affaiblissement et d'émaciation précurseur de la mort.

Dans beaucoup de cas, chez les très jeunes enfants, de quelques jours à quelques mois, il se produit des convulsions par thrombose des sinus, et c'est ainsi qu'ils succombent.

L'entéro-colite n'accomplit rapidement ses périodes que dans les cas exceptionnels. Ordinairement elle se prolonge pendant quinze jours, *terme moyen* nécessaire à la guérison. Elle dure quelquefois deux à trois mois.

Peu d'enfants succombent avant le dixième jour. La plupart s'éteignent au bout d'un mois; lorsqu'ils résistent au delà de cette époque, c'est qu'ils sont plus vivaces; la maladie peut durer plus de trois mois.

Chez ceux que l'on guérit, la maladie ne dépasse guère la troisième semaine. Les chances de guérison diminuent à mesure que l'on s'éloigne de ce terme;

la maladie est alors passée à l'état chronique et beaucoup plus rebelle aux moyens thérapeutiques.

Pronostic. — L'entéro-colite aiguë est une maladie d'autant plus grave que la constitution du sujet est plus délicate, et qu'il se trouve placé dans la position sociale la plus inférieure, là où l'influence des privations s'ajoute à celle des conditions hygiéniques défavorables.

L'*entérite cholériforme* ou *choléra infantile* est encore plus terrible, et frappe de mort la plupart de ceux qu'elle atteint.

L'entéro-colite est fort grave chez les enfants nourris au biberon ou à la timbale, chez ceux qui sont confiés à une nourrice dont le lait est pauvre et insuffisant, chez ceux qui ont les entrailles susceptibles et troublées par le moindre écart de régime ou par les phénomènes de l'évolution dentaire.

La mort en est très souvent la conséquence par consomption, par tuberculose secondaire ou par convulsions, suite de thrombose des sinus.

La mortalité des enfants affectés d'entéro-colite serait considérable, si on ne la considérait que dans les hôpitaux. Ainsi, d'après mes relevés de l'hôpital Necker, en séparant les enfants atteints de diarrhée catarrhale des enfants affectés d'entéro-colite, je trouve, sur 36 malades, le chiffre de 19 morts, parmi lesquels 7 avaient des pneumonies; 7 autres enfants sont sortis de l'hôpital non guéris et dans un état assez inquiétant; enfin, 10 seulement ont été guéris.

Il n'en est pas de même dans la pratique civile, où l'on trouve des mères attentives à surveiller les nourrices et à prodiguer les soins convenables à un enfant malade. Les conditions hygiéniques environnantes étant parfaites et le régime bien réglé, les affections d'entrailles sont accompagnées d'une mortalité bien moindre. On voit plus rarement dans la ville la mort être la conséquence de la maladie.

Une fois la maladie passée à l'état chronique, il est rare que les enfants puissent guérir; car ils veulent manger, et les aliments qu'on leur donne ne font que les satisfaire en augmentant leur mal.

Traitement. — On doit, avant de rien prescrire contre l'entéro-colite, examiner toutes les circonstances qui se rapportent à l'hygiène ou au régime de l'enfant (1) et les modifier ainsi qu'il convient.

Toutes les craintes qui pourront naître au sujet du changement d'une nourrice dont le lait est altéré doivent s'évanouir à l'idée que jamais ce changement de nourrice n'est préjudiciable. On peut ainsi faire changer cinq ou six fois la nourrice d'un enfant sans qu'il lui arrive le plus petit dommage.

La première et la plus utile des choses à faire quand un enfant est atteint d'entéro-colite, avec une nourrice dont le lait est pauvre ou altéré, c'est de changer son régime et de revenir à l'allaitement par une bonne nourrice. Le même procédé sera mis en usage pour les enfants sevrés à une époque trop rapprochée de la naissance. Si, comme il arrive fréquemment, l'enfant refusait de prendre le sein, il faudrait lui donner le biberon et le mettre à une diète lactée avec du lait cuit. On supprimera les potages gras et les viandes, si ces aliments font déjà partie du régime de l'enfant.

Lorsque ces précautions sont prises, il faut intervenir dans le traitement de l'entéro-colite avec les moyens que la science a mis à notre disposition. Ces moyens sont nombreux.

Il faut éloigner les heures de l'allaitement, supprimer les potages et les

(1) Voyez ce qui a été dit à ce sujet dans le chapitre précédent.

aliments solides, tenir les enfants à la chambre, avec des cataplasmes simples et laudanisés appliqués sur le ventre, et donner matin et soir un lavement avec trois cuillerées d'eau d'amidon, ou de son, ou de semences de coings, avec une ou deux gouttes de laudanum, suivant l'âge des enfants.

On administrera souvent avec avantage, au début, quelques boissons mucilagineuses, l'eau de riz, l'eau sucrée et de l'arrow-root cru, l'eau panée, l'eau de gomme, la décoction de semences de coings, la gomme dans le lait, les poudres antispasmodiques, etc., conseillées dans le chapitre précédent; puis on aura recours aux moyens suivants :

Si l'enfant a de la *lientérie*, il faut lui donner du sous-nitrate de bismuth, 3 à 4 gram. par jour; le sirop de *papaïne*, 3 à 4 cuillerées à café; la *pepsine neutre* de L. Corvisart, ou le *suc de papaya*, un gramme mêlé à 15 gram. d'eau, qui opèrent dans l'intestin la digestion artificielle des aliments ingérés.

On peut aussi donner aux enfants de la viande crue hachée, pilée et tamisée en bouillie fine, deux cuillerées par jour, avec ou sans sucre, dans une soupe préparée avec des féculents, et l'on réussit ainsi dans certains cas de diarrhée rebelle avec cachexie prononcée. Ce moyen, proposé par le docteur Weisse, est très utile. Il faut l'essayer après les autres et s'y prendre comme je l'ai dit précédemment (1).

Antiphlogistiques. — La médication antiphlogistique débilitante a été conseillée par quelques médecins. Des sangsues en nombre proportionné à l'âge des enfants étaient jadis très souvent appliquées à l'hypogastre ou à l'anus. Leur emploi ne paraît point suffisamment indiqué par l'intensité des symptômes. A moins de circonstances spéciales et inattendues, telles, par exemple, qu'une forte réaction fébrile avec turgescence du système capillaire général, il ne faut pas les employer; leur usage est plutôt nuisible qu'utile. En effet, ces sangsues ne réussissent que très rarement à suspendre la diarrhée; elles affaiblissent les enfants en leur faisant perdre une quantité de sang qu'on ne peut apprécier; il est souvent impossible de les arrêter quand on les place à l'anus, elles peuvent pénétrer dans le rectum et occasionner des accidents formidables. Les avantages qu'on retire de leur application ne compensent pas les inconvénients qu'il en peut résulter, de sorte qu'à moins de nécessité formelle, il n'y faut pas recourir. Toutefois, si l'on se décide à les mettre en usage, deux sangsues peuvent suffire chez les nouveau-nés et chez les jeunes enfants : on augmente leur nombre avec l'âge des malades.

Révulsion cutanée. — P. Dubois a conseillé l'application d'un vésicatoire à l'épigastre. C'est surtout dans le cas où les accidents débutent d'une manière violente, c'est-à-dire dans le cas d'entérite cholériforme, que cette médication a le plus d'avantage. Elle est souvent couronnée de succès.

Baglivi et Broussais ont cependant repoussé l'emploi des vésicatoires comme inutiles et même dangereux; c'est à tort. Déjà Stoll combinait les vésicatoires avec les sinapismes dans les affections rebelles du ventre, et en tirait de grands avantages; Louyer-Villermay les a employés avec succès, et je ne manque jamais de les prescrire dès que les accidents prennent une certaine intensité.

Révulsion sur le tube digestif. — Je désigne ainsi la méthode thérapeutique qui consiste à établir momentanément sur l'estomac une irritation sécrétoire qui balance celle du gros intestin.

Il suffit souvent, au début d'une entéro-colite, d'administrer l'*ipécacuanha*

(1) Voy. DIARRHÉE.

pour faire cesser la diarrhée, et par suite tous les autres symptômes. Voici la formule :

℞ Ipécacuanha.	. . . . .	0gr,30 à 0gr,60
Sirop simple.	. . . . .	30 grammes.

Mêlez. Pour les enfants d'un à deux ans, prendre en deux fois, à dix minutes d'intervalle.

On peut réitérer la dose dès le lendemain, lorsqu'elle ne produit pas l'amélioration que l'on désire. En cas d'insuccès, il convient de ne pas insister davantage, car il peut en résulter une notable aggravation des symptômes.

Absorbants. — Au moment où l'on observe l'acidité de l'haleine chez les enfants affectés d'entéro-colite, et où, par l'aspect verdâtre prononcé des matières excrémentitielles, on peut supposer l'acescence considérable des liquides gastriques, il peut être utile d'employer les moyens neutralisants ou absorbants qui suivent :

Le *sous-nitrate de bismuth* à la dose de 5 à 15 et 20 grammes dans le sirop gomme, la glycérine ou dans du lait. La *poudre d'yeux d'écrevisses*, le *phosphate de chaux* et la *magnésie décarbonatée* se donnent aux mêmes doses et de la même manière. J'emploie enfin l'*eau de chaux* à la dose de 20 et 30 grammes dans du lait pour empêcher ce liquide de se cailleboter et pour neutraliser les acides qui se développent dans le canal alimentaire des enfants.

Toniques et astringents. — Il est souvent utile de recourir, chez les enfants gravement débilités, à l'emploi des toniques, qui combattent avantageusement cette atonie générale. On donne également l'*extrait de quinquina* et la *poudre de Colombo*. L'extrait, qu'il est facile de leur faire prendre divisé en globules très ténus, placés dans le sirop ou des conserves de fruits, paraît jouir d'une efficacité plus réelle. La dose ne doit pas dépasser 25 centigrammes. On peut donner aussi les martiaux, soit de la *limaille* de fer, ou mieux la *teinture de Mars* à la dose de 50 centigrammes dans un julep de 60 grammes ; mais cette médication laisse beaucoup à désirer.

Les astringents constituent la base du traitement de la plupart des médecins. Leur emploi est formellement indiqué. On doit les administrer par la bouche ou par le rectum. Les *extraits de ratanhia* et de *monésia* se donnent dans une potion à la dose de 5 à 25 centigrammes ; le *tannin*, à la dose de 10 à 15 centigrammes ; la *poudre de guarana*, 1 à 3 grammes.

L'*acide sulfurique*, employé par Thompson, Hunt et Griffith, en Angleterre, a été mis en usage chez nous avec quelques succès par Lepetit, en même temps que des bains salés renfermant une ou deux livres pour un bain d'enfant. Je préfère employer le mélange d'alcool et d'acide sulfurique, connu sous le nom d'*eau de Rabel*. Je le donne à la dose de 30 gouttes chez les enfants de trois mois, et de 60 gouttes à deux ans, par 120 grammes de véhicule. On ne donne de cette potion que huit ou dix fortes cuillerées à café dans les vingt-quatre heures. Si l'enfant vomit et rejette les premières cuillerées, il faut insister, car la tolérance s'établit vers la quatrième ou cinquième dose. Il faut, en outre, donner chaque jour un ou deux bains avec le chlorure de sodium.

Toutes ces substances peuvent se donner en lavements, composés avec 100 ou 120 grammes de véhicule, tenant en dissolution 10 à 60 centigrammes d'extrait de ratanhia ou de monésia. Si l'on fait dissoudre du tannin, c'est à la dose de 10 à 50 centigrammes. Enfin on emploie de la même manière et dans le même but 1 ou 2 grammes d'alun, ou 5 centigrammes de nitrate d'argent. Ces derniers lavements sont journellement mis en usage ; si leur em-

ploi n'est pas constamment suivi de succès, il en résulte au moins toujours une notable amélioration, bien susceptible de dissiper les préventions élevées contre leur usage.

J'ai employé avec succès les *lavements de borax*, 5 et 10 grammes pour 60 ou 100 grammes de mucilage de gomme adragant, et souvent, dans la diarrhée due au travail de la dentition, le flux était arrêté au second lavement. Lasègue a employé avec avantage les lavements de sous-nitrate de bismuth à la dose de 15 à 20 grammes dans un mélange de gomme adragant.

J'ai également employé la *glycérine pure*. L'action de ce corps sur les plaies, la manière dont il les approprie, en modifiant les bourgeons charnus et en arrêtant la putridité, m'a fait penser qu'il aurait une grande utilité dans les inflammations simples et dans les ulcérations inflammatoires de l'intestin. L'événement est venu confirmer mes prévisions. Déjà un grand nombre d'enfants affectés d'entérite simple et d'entérité typhoïde ont été guéris par ce médicament qui n'a aucun inconvénient. Il faut le donner dans l'estomac à la dose de 60 et 80 grammes par jour, avec ou sans addition de 2 grammes de bismuth.

On peut varier à l'infini l'administration de ces médicaments astringents. Je n'ai mentionné que ceux qui sont le plus souvent mis en usage.

Opiacés. — La médication narcotique jouit d'un crédit illimité auprès de quelques médecins, et, s'il faut en croire Hufeland, l'opium est « celui des médicaments qui présente le plus de certitude ». Il faut le faire prendre avec une précaution extrême. Ainsi l'on formule :

Eau distillée.	. . . . .	40 grammes.
Sirop de gomme.	. . . . .	15 —
Laudanum de Sydenham.	. . . .	1 à 5 gouttes.

Une cuillerée à café toutes les heures.

On peut aider l'action sédative de cette potion à l'aide de frictions sur le ventre avec

Onguent althæa, huile muscade.	aa	15 grammes.
Huile de menthe.	. . . . .	6 gouttes.
Laudanum de Sydenham.	. . . .	1gr,50.

Complications. — Les complications ordinaires de l'entérite sont : le muguet, les ulcérations des fesses et des talons, la péritonite chronique et la tuberculose mésentérique, les convulsions, etc. Celles qui sont développées dans la bouche, au pourtour de l'anus et sur les malléoles de l'enfant, ne modifient en aucune façon le traitement. Elles nécessitent l'emploi de quelques substances, qui leur sont particulièrement adressées, et dont je parlerai au sujet de chacune de ces maladies en particulier. Ainsi, il est inutile de revenir ici sur le traitement du muguet et des ulcérations de la bouche (1). Je vais indiquer seulement quelques préceptes relatifs à la guérison de l'érythème des fesses et des ulcérations des malléoles. Les excavations qui succèdent à des ulcérations disparaissent avec des soins de propreté et à la suite de lotions fréquentes faites avec de l'eau froide. Il faut, en outre, avoir soin d'éviter le frottement des jambes l'une contre l'autre en les séparant avec la couche et en les couvrant d'une baudruche collante que l'on peut enduire de collodion. Aucune graisse, aucun onguent ne doivent être mis en usage ; Hufeland proscrit formellement les préparations de plomb, qui peuvent produire des convulsions mortelles. Pour prévenir les adhérences à la chemise et aux draps ; le meilleur moyen consiste à saupoudrer les exco-

(1) Voyez MUGUET.

riations avec la poudre de lycopode. Lorsque des ulcérations nombreuses et larges sont établies à la surface de la peau, les souffrances deviennent excessives, la vie de l'enfant est menacée. On doit mettre en usage la *poudre de sous-nitrate de bismuth* — la *poudre d'iodoforme* et de *camphre*, — ou bien un topique astringent qui possède des qualités spécifiques incontestables : c'est le deutochlorure de mercure ou *sublimé* dissous dans l'eau. On prend 50 centigrammes de sel pour 500 grammes d'eau ordinaire. Une petite proportion du sel se décompose, mais il en reste une suffisante quantité dissoute dans le liquide destiné à faire, sur les parties malades, des lotions répétées plusieurs fois par jour. Des pansements avec la glycérine sont également, dans ce cas, suivis de résultats très avantageux (1).

Aphorismes.

287. L'inflammation du tube digestif chez les jeunes enfants s'établit de préférence dans le gros intestin, très rarement dans l'intestin grêle, encore moins dans l'estomac, et mérite bien le nom d'entéro-colite.

288. L'entéro-colite est la conséquence naturelle du mauvais régime des enfants, du mauvais lait des nourrices, de la nourriture au biberon avec du lait altéré, de l'usage prématuré des aliments solides, gras ou autres, et des indigestions multipliées par la sottise de certaines mères.

289. La fièvre, des vomissements, de la diarrhée verte, panachée ou séreuse, de la maigreur jointe à une grande mollesse des téguments, annoncent une entéro-colite aiguë.

290. La décoloration du visage et l'affaissement des traits doivent faire craindre le développement d'une entéro-colite aiguë.

291. La pâleur mate, cireuse du visage, jointe à sa mollesse et à l'excavation rapide des orbites et des joues, annonce l'entérite aiguë cholériforme.

292. Un enfant à la mamelle qui a les fesses, l'intérieur des cuisses et des malléoles excoriés ou ulcérés, a une entéro-colite aiguë ou chronique.

293. Le gros ventre avec éventration annonce une entéro-colite chronique.

294. Un visage terreux, vieilli et ridé, chez le jeune enfant, présage l'existence d'une entéro-colite chronique.

295. L'entéro-colite aiguë passe très facilement et très rapidement à l'état d'entérite chronique.

296. L'entéro-colite chronique, compliquée de muguet, devient immédiatement très grave.

297. La décoloration complète du visage, sa flétrissure rapide, l'extrême et prompte excavation des yeux, qui suivent de grandes évacuations, annoncent un très grand danger et probablement la mort.

298. L'entérite chronique ulcéreuse est presque toujours mortelle.

CHAPITRE V

ENTÉRITE TUBERCULEUSE, OU TUBERCULOSE ENTÉRO-MÉSENTÉRIQUE, OU CARREAU

La *tuberculose entéro-mésentérique* est ce qu'on a si longtemps désigné sous le nom de *carreau*, d'*atrophie mésentérique*, de *physcome mésentérique*, d'*entérite tuberculeuse*, etc.

(1) Voyez PÉRITONITE

La maladie est si commune, qu'on la trouve indiquée dans tous les livres, même les plus anciens, avec ces différences de détails qui n'en altèrent guère que la forme. Le *carreau* est un nom populaire, par lequel on désigne une maladie chronique tuberculeuse des intestins, des ganglions mésentériques et du péritoine, donnant lieu à l'intumescence considérable du ventre. Un instant séduit par les découvertes de l'anatomie pathologique, on crut bien faire en brisant cette espèce morbide pour faire trois ou quatre autres maladies décorées de noms particuliers, tels que l'*entérite tuberculeuse*, la *péritonite tuberculeuse*, la *tuberculisation des ganglions mésentériques*, etc. Malheureusement la clinique ne s'arrange pas des subtilités anatomiques, et ce morcellement, exclusivement basé sur l'anatomie pathologique, n'a pu être adopté. En effet, à moins de faire des répétitions inutiles, il n'y a pas moyen de diviser la tuberculose entéro-mésentérique ou *carreau* en trois ou quatre affections tuberculeuses partielles, ayant des symptômes, une marche et un traitement particuliers. Ces affections n'existent presque jamais l'une sans l'autre. Toujours associées, elles sont tantôt plus étendues et tantôt plus circonscrites l'une par rapport à l'autre; mais voilà tout ce qu'elles offrent de spécial. L'identité de nature et la communauté de siège de l'altération obligent à maintenir réunies ces affections. C'est ce que je ferai, sans négliger l'étude du degré de l'altération somatique, quel que soit son siège le plus important, dans le péritoine, dans les intestins ou dans les ganglions du mésentère.

Il faut donc comprendre sous le nom de *tuberculose entéro-mésentérique* une maladie caractérisée par la présence de tubercules et de bacilles particuliers dans l'intestin, dans les ganglions du mésentère et dans le péritoine couvert d'adhérences, distendu par la sérosité.

Causes. — La tuberculose entéro-mésentérique est très rare chez les nouveau-nés, chez les enfants à la mamelle et après la seconde dentition. Elle s'observe surtout de quatre à huit ans, et elle paraît être aussi fréquente chez les garçons que chez les filles.

C'est une maladie héréditaire, non pas à la manière dont l'entendent ceux qui exigent, pour reconnaître les effets de l'hérédité, qu'il y ait affection du même organe et du même tissu chez les parents ou chez les enfants, mais comme il convient de reconnaître l'hérédité d'après la nature des effets morbides. Or, peu importe qu'un enfant atteint de tuberculose entéro-mésentérique n'ait pas de maladie semblable constatée chez ses ascendants ni chez ses collatéraux : s'il y a chez ces mêmes individus une tumeur blanche, des écrouelles, une carie vertébrale ou une maladie des os, une affection tuberculeuse des poumons, etc., cela suffit pour établir l'influence de l'action héréditaire. La tuberculose étant une maladie parasitaire, celle des parents dispose à la tuberculose des enfants, indépendamment du siège particulier de l'affection. Tel arbre, tels fruits; telle tige, tels rameaux, cela ne manque jamais, et Lebert (1), parlant de l'hérédité des tubercules, qui a dit que l'hérédité n'était pas la cause, mais un effet de la maladie, a dit une grosse erreur. La tuberculose entéro-mésentérique est héréditaire comme les maladies tuberculeuses en général, et les recherches que j'ai faites à cet égard confirment tout ce qui a été affirmé par mes prédécesseurs.

La tuberculose entéro-mésentérique est, avec ou sans la prédisposition héréditaire, un effet d'intoxication bacillaire par lait de vaches tuberculeuses, — d'indigestions fréquentes et phlegmasies intestinales répétées. Les aliments de mau-

(1) Lebert, *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*. Paris, 1849.

vaise qualité, provenant d'animaux tuberculeux, ainsi que cela résulte des expériences de Villemin (1), les repas trop copieux et trop fréquents, l'usage journalier des purgatifs, agissent de la même façon, en créant une irritation gastrique et intestinale qui détermine la formation d'un blastème favorable au développement du parasite des tubercules.

On a longtemps cru à l'influence exclusive de la phlegmasie d'un tissu sur la production des tubercules dans son épaisseur, surtout en cas de prédisposition chez les malades. Au temps de Broussais, c'était une opinion générale et vulgaire; mais les idées ont tellement changé à cet égard, qu'aujourd'hui on se moque de ceux qui la défendent. Tant pis pour les railleurs ; mais l'opinion de Broussais, très exacte, trouve dans la pathologie de l'enfance des preuves excessivement nombreuses, et l'inflammation prépare des exsudats où se développent facilement les bacilles tuberculeux, c'est-à-dire les tubercules. En effet, à chaque instant, dans les nécropsies, on voit dans les poumons, dans les ganglions lymphatiques, dans les plèvres, dans le péritoine, des exsudats tuberculeux à tous les âges de leur développement, au milieu de tissus préalablement enflammés. Cela est très commun dans le poumon, à la suite d'accidents inflammatoires constatés pendant la vie. L'enfant meurt, et dans la partie affectée d'inflammation seulement, on trouve de la matière grise demi transparente, ou de la matière jaune, dure, infiltrée ou réunie en masse. Il n'y en a souvent dans aucune autre partie du poumon. Ainsi en advient-il dans les ganglions bronchiques qui s'enflamment, dans toutes les phlegmasies qui se transforment graduellement en matière où apparaissent les bacilles de la tuberculose. C'est aussi dans les points de la plèvre correspondant à des lobules enflammés ou à des tubercules anciens qu'il se développe en exsudat miliaire, granuleux, gris, demi transparent, lequel est destiné à se transformer en véritable tubercule.

Ce qui se passe si visiblement dans les poumons, dans la plèvre et dans les ganglions bronchiques, n'est pas moins évident dans le péritoine et dans les ganglions mésentériques, à la suite des phlegmasies gastro-intestinales. Dans le point du péritoine correspondant aux ulcérations de l'intestin et aux tubercules miliaires situés dans l'épaisseur de ses tuniques, on voit souvent des exsudats miliaires de matière grise, demi transparente, que l'on peut racler avec le scalpel, qui adhèrent à peine à la séreuse, et au-dessous desquels la séreuse intacte laisse voir le tubercule de l'intestin. C'est une expérience facile à faire, et en enlevant les granulations du péritoine, on voit au-dessous d'abord la séreuse qui est transparente, puis un tubercule ou une ulcération de l'intestin. Toujours les choses se passent de la même façon, et l'on peut souvent découvrir dans les tissus enflammés de la matière grise, demi transparente, de la matière jaune, dure, infiltrée ou réunie en masse, c'est-à-dire les différentes formes de la matière tuberculeuse à des âges différents d'évolution, avec ses bacilles caractéristiques. On peut donc considérer comme un fait incontestable que chez les enfants, plus qu'à tout autre âge, la phlegmasie chronique d'un tissu est une cause de tuberculisation des parties malades, des séreuses voisines et des ganglions lymphatiques correspondants.

Ici, dans la tuberculose entéro-mésentérique, comme dans toutes les tuberculoses viscérales, indépendamment des influences d'âge, de sexe, d'hérédité, d'irritation de tissu, etc., il y a une disposition générale, originelle ou acquise, dont il faut toujours tenir compte. L'existence de cette

(1) Villemin, *Etudes sur la tuberculose*. Paris, 1868.

disposition ou diathèse, qui n'est autre que la prédisposition au développement d'un parasite inoculable, *bacille particulier* découvert par Kock, est indispensable au développement des tubercules. De son intensité résultent un développement plus rapide et une désorganisation plus prompte des granulations tuberculeuses. Sans cette diathèse, point de transformation des exsudats inflammatoires, et c'est parce qu'elle se développe assez vite à l'hôpital, dans les mauvaises conditions hygiéniques de régime, de nourriture et d'habitation, que le passage des phlegmasies chroniques à la tuberculose générale s'y observe si fréquemment.

Lésions anatomiques. — Lorsque la diathèse nécessaire au développement de la tuberculose s'est produite, et que les causes occasionnelles en ont fixé le siège dans les tissus de l'appareil digestif, il se développe des tubercules avec leurs bacilles dans l'intestin, dans les ganglions du mésentère et dans le péritoine, avec ou sans phlegmasie secondaire.

1° Dans l'intestin existent des granulations grises, demi transparentes, et des granulations jaunes disséminées. Plus ou moins nombreuses, quelquefois en très petite quantité, elles occupent de préférence la seconde moitié de l'intestin grêle, puis le cæcum et le gros intestin. On les trouve soit au niveau des follicules, soit dans l'épaisseur des plaques de l'intestin. Il y en a jusque sous les valvules conniventes, et véritablement leur siège n'a rien de bien rigoureusement déterminé. Elles sont tantôt sous la muqueuse et tantôt, comme je l'ai vu, dans l'épaisseur des tuniques musculaires, ou bien entre ces mêmes tuniques et le péritoine. Ce sont elles qui renferment les bacilles caractéristiques de la tuberculose vraie.

Elles apparaissent d'abord sous forme d'un petit point miliaire, gris perle, blanchâtre, qui grossit par intussusception, et reste à cet état ou passe à l'état jaune, du centre à la circonférence. De la sorte il y a souvent au même instant des granulations grises, des granulations jaunes, et des granulations jaunes et grises à la fois. Au bout d'un certain temps impossible à déterminer, ces granulations et ces tubercules provoquent autour d'elles, dans la muqueuse du côté de l'intestin et dans la partie correspondante du péritoine, des altérations secondaires.

Dans le péritoine, c'est d'abord un exsudat plastique, miliaire, facile à détacher au moyen du scalpel ; puis un épanchement de lymphe amenant l'adhérence entre les anses intestinales malades et les anses voisines. Ailleurs, s'il existe des ulcérations de l'intestin creusant jusque sur le péritoine, ce sont ces adhérences qui empêchent la perforation de l'intestin par rupture, et qui sauvent la vie des enfants menacés d'un accident mortel.

Dans l'intestin, des ulcérations se produisent sur les parties correspondant aux tubercules. D'abord petites et arrondies, puis irrégulières et plus grandes, on les trouve à la fin de l'intestin grêle, dans le cæcum et dans le gros intestin. Leur grand diamètre est plus ordinairement dirigé dans le sens transversal, perpendiculairement à l'axe des intestins, et lorsqu'elles se réunissent à des ulcérations voisines, elles forment des pertes énormes de substance. Il y en a qui ont ainsi jusqu'à 8 et 10 centimètres de longueur. Leurs bords sont rouges, irréguliers, saillants, couverts d'aspérités rouges séparées par des taches grisâtres ; ils sont souvent décollés dans une étendue considérable. Leur fond est grisâtre, couvert de détritus purulents, de matières stercorales et de muco-pus concret. Le fond de ces ulcères est souvent constitué par de la matière tuberculeuse unie à du pus concret. A mesure que les ulcérations s'étendent, elles creusent en profondeur, et elles détruisent les tuniques celluleuse et musculaire à ce point qu'il ne reste bientôt plus que

le péritoine mince, transparent, prêt à se rompre. Heureusement que là où creuse l'ulcération, la nature médicatrice opérant en dehors, vers le péritoine, épaissit l'intestin par l'addition d'une couche de lymphe plastique solide, qui tantôt double la séreuse et tantôt facilite l'adhérence du viscère aux parties voisines, de manière à empêcher toute rupture et à éviter toute communication des intestins avec la cavité péritonéale. Sans ce travail réparateur, il y aurait infiniment plus de péritonites par perforation qu'il n'y en a en réalité.

2° Il n'y a pas de tissu malade sans engorgement des ganglions lymphatiques correspondants, et la spécificité du premier travail morbide se reproduit dans le travail morbide ganglionnaire. Une simple phlegmasie du pied ou de la main amène l'adénite simple de la cuisse, du bras; le chancre volant et le chancre syphilitique produisent des bubons simples ou des bubons virulents; l'angine scarlatineuse occasionne un travail cervical de nature particulière, comme l'angine d'où il procède; les ulcérations intestinales typhoïdes occasionnent un gonflement typhoïde des ganglions du mésentère, et les ulcérations tuberculeuses de l'intestin entraînent nécessairement la tuberculisation des ganglions mésentériques correspondants. Il y a là un fait général qui n'échappe pas aux bons observateurs.

Au début, ce n'est qu'une hypertrophie des ganglions du mésentère, qui sont pâles, rouges ou violacés, et plus ou moins augmentés de volume. Leur nombre paraît s'accroître en raison même de leur état d'hypertrophie, et l'on en voit paraître un grand nombre de ceux qui sont habituellement peu visibles. Ils remplissent tout le mésentère, et forment une surface rugueuse, inégale, granitique, et comme irrégulièrement carrelée, d'où le nom de *carreau* donné à la maladie. Ils sont le siège d'une congestion plus ou moins forte, variable selon les ganglions que l'on a coupés, et leur tissu est traversé par un grand nombre de capillaires ordinairement invisibles.

Çà et là, on y trouve de la matière tuberculeuse sous forme d'infiltration ou de masses à l'état de crudité et de ramollissement, mais jamais à l'état de matière grise demi transparente. C'est ici qu'on voit bien la transition entre la congestion inflammatoire et la production des tubercules, depuis la vascularité exagérée jusqu'à l'infiltration de matière tuberculeuse et à l'accumulation de tubercules crus. Une fois convertis en matière tuberculeuse, les ganglions mésentériques sont énormément grossis, durs, résistants, formés de tissu jaune verdâtre, comparable à la pulpe du marron d'Inde. Ils renferment quelquefois des capillaires remplis de sang et ayant triomphé de la pression qui les entoure. Enfin, au bout de quelques mois, ils se ramollissent du centre à la circonférence, forment des abcès tuberculeux enkystés, qui se réunissent à des ganglions voisins ramollis, ou qui s'ouvrent dans l'intestin, ce qui est très rare.

A ce degré, le mésentère, rempli de ganglions tuberculeux, est dur, inégal et parsemé de tumeurs plus ou moins grosses, faciles à découvrir du vivant des malades à travers les parois abdominales.

3° Dans le péritoine, existent aussi des exsudats miliaires blanchâtres ou d'un jaune opaque, formant des granulations demi transparentes, ce qui est le cas ordinaire, ou des tubercules crus, ce qui est très rare. Ces granulations, quelquefois très peu nombreuses, sont d'ailleurs très multipliées et innombrables. Il y en a des centaines; elles couvrent le péritoine intestinal, hépatique, rénal et mésentérique. Leur dimension varie beaucoup. Il y en a qui n'ont guère plus d'un demi-millimètre de diamètre, et d'autres ont 5 à 6 millimètres d'étendue. Elles sont blanchâtres, opalines, résistantes, faciles à détacher au

moyen du scalpel, et laissant voir le péritoine intact ou une partie de séreuse recouvrant des tubercules ou des ulcères subjacents. Quelques-unes sont d'un jaune opaque au centre, ce qui démontre leur transformation en tubercule cru.

Que la matière tuberculeuse existe dans l'intestin ou dans le péritoine, sa texture est la même; les granulations grises, demi transparentes, sont composées d'éléments de cellules embryonnaires jeunes de tissu fibro-plastique, et les granulations jaunes de cellules altérées devenues graisseuses renferment quelques bacilles.

Dans chaque granulation demi transparente, la matière amorphe domine, et elle tient en suspension des noyaux des cellules embryonnaires, de la matière granuleuse pigmentaire et quelques cellules d'épithélium. Plus tard, lorsque la granulation devient jaune opaque, les éléments fibro-plastiques disparaissent et sont infiltrés de matière granulo-graisseuse.

Outre ces lésions primitives et principales de la tuberculose entéro-mésentérique, il y a des altérations anatomiques secondaires importantes à signaler: ce sont des adhérences intra-péritonéales entre les diverses anses de l'intestin, des exsudations plastiques inflammatoires à la surface du péritoine, des brides vasculaires ou fibreuses dans les différentes parties de la cavité péritonéale, et enfin la réplétion de cette séreuse par une plus ou moins grande quantité de sérum jaunâtre, transparent, ou par du sérum mélangé de sang et de pus. Cette ascite est la conséquence de la phlegmasie péritonéale chronique occasionnée par la présence des tubercules.

Si l'on ajoute que chez ces enfants, outre les tubercules de l'intestin et des ganglions mésentériques, il s'en produit également dans le foie et dans la rate, dans les poumons et dans les autres tissus, on aura l'idée la plus complète des désordres matériels produits par cette maladie. La manifestation de la tuberculose a principalement pour siège le péritoine, le mésentère et les intestins, fait principal auquel se rattachent tous les symptômes de consomption observés pendant la vie; et la tuberculisation des autres organes ne joue qu'un rôle secondaire dans la production des autres phénomènes morbides.

Symptômes. — La tuberculose entéro-mésentérique est *latente* au début, et peut rester plus ou moins longtemps *indolente*, ou bien elle est *inflammatoire* et *douloureuse*.

Dans le premier cas, elle ne donne lieu à aucun phénomène appréciable, bien que les lésions tuberculeuses soient déjà très avancées. C'est une des nombreuses maladies sur lesquelles repose ce que j'ai écrit sur les *maladies latentes* (1). Il y en a de nombreux exemples, et tous les médecins pourront avoir l'occasion de vérifier l'exactitude de ma proposition, lorsqu'en ouvrant le corps de sujets morts d'accident subit, ils trouveront un grand nombre de tubercules dans le mésentère et dans le péritoine. Morgagni, Bayle et Guersant ont rapporté des exemples semblables et de nature à établir le fait. Alors les symptômes de la maladie sont nuls. Toutes les fonctions s'exécutent régulièrement, et ce n'est que le hasard ou le passage de cette première période latente à la période douloureuse et inflammatoire qui donne l'éveil sur l'existence de cette forme de la tuberculisation.

Quand la tuberculose entéro-mésentérique est compliquée d'inflammation des intestins ou du péritoine, il se produit des phénomènes variés, tels que troubles des digestions, des évacuations alvines et de la nutrition; troubles

(1) E. Bouchut, *Nouveaux éléments de pathologie générale*, 4e édition. Paris, 1882, in-8.

de la sensibilité du ventre : changement de forme dans cette partie, phénomènes morbides différents suivant le degré de la tuberculose et selon sa localisation plus étendue dans l'intestin que dans le péritoine, ou dans le péritoine que dans l'intestin.

Il y a, au début, de la dyspepsie, caractérisée par l'inappétence, des dégoûts, des vomituritions ou des vomissements de glaires, de la constipation, de la diarrhée quelquefois, ou des alternatives de constipation et de diarrhée.

En même temps, on remarque de l'abattement, une certaine mélancolie, de la tristesse et une diminution des forces telle que les enfants n'osent plus se mouvoir pour jouer avec leurs camarades, et qu'ils offrent un calme peu en rapport avec la vivacité de leur jeunesse. La face est pâle, souffreteuse, et les yeux, ternes, abattus, expriment un état réel de souffrance intérieure.

Si la maladie dure déjà depuis longtemps, la diarrhée devient plus fréquente, et quelquefois elle s'établit d'une façon définitive.

Elle est formée de matières jaunâtres ou grises liquides, mêlées à des aliments non digérés ou de matières diffluentes demi molles de même couleur, quelquefois striées de sang et remplies de *bacilles*. Cela prouve que des ulcérations tuberculeuses existent dans les intestins, et que la muqueuse des voies digestives est le siège d'une phlegmasie plus ou moins prononcée. Il y a de la douleur, plutôt obtuse que vive, également forte dans toutes les parties du ventre. Cette partie est gonflée, soit par les gaz inclus dans l'intestin, soit par de l'ascite, soit enfin par les nombreuses tumeurs tuberculeuses des ganglions du mésentère.

Si le ventre tendu résonne partout, à l'hypogastre comme dans les hypochondres et à l'épigastre, c'est que les intestins sont généralement distendus par les gaz, et l'on a affaire à une pneumatose gastro-intestinale. Si, au contraire, il y a une matité à l'hypogastre et dans les flancs, surmontée d'une résonnance épigastrique limitée, et que cette matité change de place avec la résonnance d'après les mouvements de l'enfant, il y a ascite, c'est-à-dire épanchement de sérosité dans le péritoine. En effet, le malade étant couché sur le côté droit, la matité déplacée existe dans la partie déclive du flanc droit et la résonnance dans le flanc gauche; ou bien, le malade étant couché sur le côté gauche, il y a une matité dans la partie déclive surmontée d'une résonnance tympanique à la partie supérieure, ce qui prouve que dans la grande cavité du péritoine un liquide morbide tombe dans les parties basses selon le décubitus, et que le paquet sonore des intestins surnage sur ce liquide de manière à communiquer aux parties les plus élevées du ventre une résonnance particulière.

Ailleurs, il y a, outre les gaz et le liquide de l'ascite, des tumeurs énormes dans le mésentère, formées par la dégénérescence tuberculeuse des ganglions mésentériques. Il en résulte des masses dures, résistantes, appréciables à la région de l'ombilic et devant la colonne vertébrale. Cela est très rare et, dans le plus grand nombre des cas, la tuberculose des ganglions du mésentère ne donne pas lieu à la formation de tumeurs assez volumineuses pour être senties à travers la paroi abdominale. On peut à peine sentir des inégalités résistantes au-dessous de l'ombilic, mais cela suffit au diagnostic, puisque cet état bosselé n'existe pas ordinairement.

A une époque plus avancée, les phénomènes généraux se prononcent chaque jour davantage. La fièvre, d'abord inappréciable, erratique, venant après le repas ou au moment de la diarrhée, se montre plus forte et plus fréquente; bientôt elle passe à l'état continu et rémittent, il en résulte un affaiblissement considérable. La maigreur augmente sur tout le corps, et le ventre seul

conserve un volume exagéré, qui annonce le siège du mal. Des sueurs nocturnes épuisent l'enfant, qui devient cachectique. Les membres, couverts d'une couche terreuse, noirâtre, deviennent bientôt le siège d'œdème, qui gagne le tronc et forme une anasarque sans albuminurie, qui précède la mort de peu de jours. C'est, comme on le voit, un état de consomption provoqué par les tubercules de l'intestin et du mésentère, ou, si l'on veut, une véritable *phthisie intestinale*.

Les symptômes varient un peu suivant que les tubercules existent en plus grand nombre, soit dans l'intestin et dans le mésentère, soit dans le mésentère seul.

Quand les tubercules existent en grand nombre dans l'intestin et dans le mésentère, il en résulte des ulcérations intestinales plus ou moins étendues, et alors il y a surtout de la diarrhée, de la douleur et du gonflement au ventre; l'appétit persiste, et cependant la nutrition est incomplète ; l'amaigrissement se prononce, et les enfants meurent dans un état de cachexie très prononcé. S'il y a beaucoup de tubercules dans les ganglions , le ventre est dur, très volumineux, et il se fait une ascite plus ou moins considérable. Enfin, lorsque les granulations tuberculeuses occupent le péritoine et qu'il n'en existe qu'un très petit nombre dans l'intestin, il y a quelques vomissements, un peu de diarrhée, et une ascite en rapport avec la vivacité de phlegmasie péritonéale. C'est ce que j'ai vu sur une jeune fille de quatorze ans, qui est sortie de mes salles en bonne santé, après avoir éprouvé ces accidents.

Complications. — Dans son développement, la tuberculose bacillaire entéro-mésentérique est traversée par un certain nombre de complications, qui dépendent soit de la nature parasitaire du mal, soit de ses effets matériels, soit enfin des lésions anatomiques qu'il a produites. En effet, la tuberculose entéro-mésentérique existe rarement seule, et des affections de même nature, scrofuleuses et tuberculeuses, bacillaires, existent à la peau, sur les paupières, au cou, dans les yeux, dans les poumons, etc. Beaucoup d'enfants ont en même temps de la névrite optique, ou des tubercules de la choroïde, et un commencement d'affection tuberculeuse parasitaire du poumon. Dans ces cas, la lésion est caractérisée par de la matité au sommet d'un poumon, de l'expiration prolongée et un notable retentissement de la voix. Cette complication éclaire beaucoup la nature du mal, et permet d'affirmer la nature tuberculeuse de l'affection des intestins.

Ailleurs, les complications dépendent de l'évolution des tubercules de l'intestin, des ganglions mésentériques et du péritoine. Ainsi l'ulcération des intestins peut amener, ainsi que je l'ai vu en 1857, des hémorrhagies intestinales abondantes, ou quelques stries de sang sur les matières stercorales. Des perforations peuvent se produire et faire communiquer l'intestin avec le péritoine, ou deux anses intestinales l'une avec l'autre, après les avoir préalablement soudées au moyen d'une exsudation plastique. Il en résulte souvent une péritonite partielle ou générale, plus ou moins aiguë, qui entraîne quelquefois la fin prématurée des enfants avec tous les symptômes de la péritonite foudroyante, ou qui produit seulement de vives douleurs accompagnées de vomissements opiniâtres.

Quand la péritonite est latente, ce qui arrive très souvent, il se produit une ascite sans autre symptôme que le développement du ventre, et c'est alors un des symptômes ordinaires de l'affection qui nous occupe.

Une dernière complication de la tuberculose entéro-mésentérique produite par la dyspepsie, la fièvre et l'inanition, c'est l'anémie, l'œdème et l'anasarque ultimes qui précèdent la mort de quelques jours. Dans ces cas, il y a