quelquefois de l'albuminurie; mais, ordinairement, cette anasarque, comme toutes celles qui dépendent de l'état cachectique, existe sans altération de composition des urines.

Diagnostic. — Le diagnostic de la tuberculose entéro-mésentérique est impossible au début de l'affection locale, et il faut qu'elle soit déjà depuis assez longtemps en possession de l'organisme pour qu'on puisse songer à en reconnaître l'existence. En effet, l'affection commence par des symptômes d'entérite aiguë ou chronique, dont la nature est difficile à préciser. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que l'on peut arriver à un diagnostic précis. Les alternatives de constipation et de diarrhée, l'intumescence du ventre, l'ascite, les bosselures profondes du mésentère, la tuberculisation de la choroïde ou de la rétine, du poumon ou des autres organes, si elle existe, et par-dessus tout la *présence de bacilles* dans les excréments, doivent enlever tous les doutes et conduire au diagnostic positif de la tuberculose entéro-mésentérique.

Il y a plusieurs maladies que l'on pourrait confondre avec la tuberculose entéro-mésentérique: ce sont le *rachitisme*, — *l'accumulation de matières dans l'intestin* chez les enfants constipés, — et l'*entérite chronique simple*.

Dans le *rachitisme*, il y a toujours une énorme intumescence du ventre et quelquefois de la diarrhée; mais dans ces cas la dentition est retardée; tous les os sont mous, les fontanelles sont ouvertes; la colonne vertébrale est courbée antérieurement à la région lombaire, et les extrémités spongieuses des os longs sont volumineuses et très gonflées. Cela suffit pour faire reconnaître la nature du mal.

Quelques *enfants constipés* ont des matières stercorales endurcies dans le gros intestin, ce qui forme des tumeurs dures, ou *scybales*, que l'on pourrait prendre pour des ganglions mésentériques tuberculeux. Le siège de ces tumeurs permet d'établir leur nature différente. En effet, les ganglions mésentériques tuberculeux sont au milieu du ventre et au-dessous de l'ombilic, tandis que les *scybales* existent surtout dans les flancs, et particulièrement dans l'S iliaque du rectum.

L'*entérite chronique simple* a les plus grandes ressemblances avec la tuberculose entéro-mésentérique, à cause de l'amaigrissement cachectique, du gonflement abdominal et de la diarrhée qu'elle produit. Cependant il y a cette différence, qu'elle ne dure pas aussi longtemps, qu'elle peut guérir, qu'elle ne produit pas une aussi grande intumescence du ventre, et enfin qu'on n'y rencontre jamais de tumeurs mésentériques.

Pronostic. — Le pronostic est fort grave. C'est une affection presque toujours incurable, et à laquelle on ne peut guère appliquer que des moyens palliatifs. Si les tubercules sont en petit nombre et occasionnent peu de désordres locaux, on peut espérer les voir guérir, soit par l'élimination dans l'intestin, soit par la pétrification; mais cela est rare. Ordinairement, l'évolution des tubercules de l'intestin, du mésentère et du péritoine entraîne des accidents inflammatoires plus ou moins graves, d'où résultent la consomption et la mort.

Traitement. — Malgré la gravité du pronostic, il ne faut pas abandonner la tuberculose entéro-mésentérique à sa marche naturelle et en quelque sorte fatale. S'il y a peu de chose à faire lorsque l'affection est très étendue et a produit de grands désordres dans les tissus, il n'en est pas de même à son début, lorsque l'on peut croire assister à la naissance du mal. Un traitement bien dirigé peut alors arrêter la marche des accidents et suspendre le développement des tubercules.

Les enfants doivent être mis au régime le plus sévère: des bouillons, du lait cuit, des œufs, des purées de légumes, de viandes et de poissons, des compotes et des fruits bien cuits. On leur fera prendre en même temps de l'eau rougie avec du vin de Bordeaux ou teintée d'eau-de-vie.

S'il y a de la constipation, il faut donner un bouillon de veau, et, au contraire, de l'eau albumineuse s'il existe de la diarrhée. A ces tisanes, on pourra joindre de l'eau de gomme, de l'eau de gruaux, de semences de coings, etc. La décoction blanche de Sydenham et les potions laudanisées rendent quelquefois des services; mais les substances que je préfère à l'intérieur sont le sous-nitrate de bismuth à haute dose, 4, 6 et 10 grammes par jour, dans de la glycérine, 60 grammes; le guarana, la monésia, la ratanhia; le phosphate de chaux à des doses semblables, et la glycérine pure à la dose de 15 à 30 grammes. De ces médicaments, le sous-nitrate de bismuth est certainement le plus utile; je l'ai vu arrêter la diarrhée et faire rendre des selles parfaitement moulées, deux jours avant la mort d'un enfant qui avait les intestins remplis d'ulcérations tuberculeuses. — Des lavements laudanisés ou des lavements de gomme adragant avec borate de soude et sous-nitrate de bismuth, des lavements de tannin et de nitrate d'argent pourront encore être employés avec avantage.

A l'extérieur, on peut ordonner les bains salés, les bains sulfureux, et surtout les bains iodés ou bromurés, qui m'ont souvent paru avoir de réels avantages. Ce que j'emploie dans les cas les plus simples, ce sont: les frictions sur le ventre avec la pommade au calomel, avec la pommade à l'iodure de plomb et avec la pommade à l'iodure potassique; les applications de teinture d'iode faites avec précaution pour ne pas ulcérer la peau, les vésicatoires volants promenés sur l'abdomen, ou bien de petits cautères et de petits moxas faits avec la pâte de Vienne ou avec de l'amadou enflammé.

S'il y a peu de tubercules, ces moyens pourront arrêter la phlegmasie de l'intestin ou du péritoine, et peut-être pourra-t-on ainsi suspendre momentanément la marche des accidents morbides. En cas d'ascite, il n'y a pas à hésiter, la ponction de l'abdomen devra être faite au lieu d'élection. Bien que ce ne soit qu'un moyen palliatif, il soulage beaucoup les enfants, et le médecin ne doit pas leur refuser ce triste et dernier secours.

CHAPITRE VI

ENTÉRITE CHOLÉRIFORME.

C'est bien à tort que plusieurs médecins désignent, sous le nom de *choléra*, certaines formes d'entérite des jeunes enfants accompagnées de prostration, d'amaigrissement rapide et d'évacuations considérables. Ce sont des entérites graves, *cholériformes*, si l'on veut employer ce mot à titre de métaphore, mais ce ne sont point de vrais exemples de choléra. Cette entérite cholériforme a été décrite un peu plus haut (1). Il y a autant de différence entre le flux cholérique et le flux intestinal inflammatoire, si abondant qu'il soit, qu'il y a de différence entre le flux lacrymal de la kératite et celui de la rougeole ou des émotions morales. C'est la spécificité qui caractérise et distingue les maladies, et un phénomène secondaire ne peut jamais servir à cette distinction.

(1) Voyez ENTÉRO-COLITE, page 525.

Des frictions sur les membres avec un gant de laine ou de crin, des bains d'air chaud, des sachets de sable chaud, des bouteilles d'eau chaude autour du corps, serviront à rappeler la chaleur ; mais je ne trouve rien de mieux à cet égard qu'un sac de laine fait avec une couverture et noué autour du cou, tenant les quatre membres et le corps nus enveloppés dans sa profondeur.

CHAPITRE VIII

DYSENTERIE

La dysenterie est une maladie fort rare chez les nouveau-nés. On pourrait même nier son existence, si on ne l'avait observée au moment de quelques épidémies dysentériques graves.

Strack dit avoir observé une épidémie de dysenterie, en 1757, à Mayence, où il aurait vu plusieurs exemples de cette maladie transmise de la mère à l'enfant, et se présenter ainsi d'une manière *congénitale*. Zimmermann rapporte l'histoire d'une femme de Frauenfeld, qui, ayant eu la dysenterie pendant quatorze jours, accoucha d'un enfant atteint de la même affection et qui mourut au deuxième jour. Strack dit qu'un enfant né d'une mère dysentérique ne peut pas vivre.

Ce sont là des faits rares, que je ne puis contrôler ni critiquer, et que je reproduis seulement à cause de l'intérêt de curiosité qui s'y rattache. Peut-être les médecins dont je viens de citer les noms ont-ils considéré comme dysenterie une simple hémorrhagie intestinale, assez commune chez les nouveau-nés.

Symptômes. — La dysentérie se présente chez les enfants plus âgés avec les mêmes caractères que chez l'adulte. La lésion anatomique est la même dans le gros intestin, les symptômes d'évacuations fréquentes, glaireuses, ensanglantées, avec ténesme et fièvre, sont semblables, et le diagnostic ne présente jamais aucune difficulté.

Traitement. — Contre la dysenterie, on conseillait jadis d'appliquer quelques sangsues à l'anus. C'est inutile; il vaut mieux donner un vomitif avec l'ipécacuanha, et ensuite une potion avec de l'infusion d'ipéca, 25 grammes pour 100 grammes de véhicule ; — de l'eau panée, de l'eau de son, de l'eau albumineuse, de l'eau de riz et de l'eau rougie pour tisane. Les bains, les cataplasmes et les lavements d'amidon et de bismuth laudanisés, 2 à 6 gouttes, pourront être employés avec avantage. L'opium enfin, à la dose de 25 milligrammes à 5 centigrammes, devra être journellement mis en usage.

CHAPITRE IX

GASTRITE ET RAMOLLISSEMENT DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE L'ESTOMAC

On décrivait, il y a quelques années, comme une maladie particulière le ramollissement *gélatiniforme* et pultacé de la membrane muqueuse de l'estomac chez les enfants. C'était un symptôme, disait-on, de *gastrite aiguë*. Ce fut là une grave erreur, et, cette fois, on avait fait une fâcheuse application des études d'anatomie pathologique. Jamais, en effet, chez les jeunes gens, le ramollissement de l'estomac ne constitue une maladie spéciale, et ce que l'on a dit de cette altération se rapporte à l'entéro-colite, que j'ai précédemment

décrite et que d'autres appellent *athrepsie* (1), *enterite cholériforme*, etc. Cette méprise n'aurait pu avoir lieu si l'on s'était rendu compte de la nature de l'altération, et si l'on avait en même temps considéré les autres altérations qui existent chez les mêmes individus.

Quoi qu'il en soit, le ramollissement de la muqueuse de l'estomac n'est pas une maladie spéciale, parce que : 1° les altérations qu'on regarde comme le fait d'un état pathologique ne sont que le résultat de la décomposition putride; 2° la muqueuse stomacale est facilement dissoute par le suc gastique et les acides de l'estomac, très abondants dans certaines maladies, telles que la brûlure cutanée, la phthisie pulmonaire, l'entéro-colite, etc. ; 3° l'observation des maladies démontre que ce ramollissement n'existe jamais seul, et il est au contraire toujours lié à d'autres altérations, qui en sont la cause et le tiennent sous leur dépendance immédiate.

Chez les enfants qu'on dit être atteints de ramollissement de la muqueuse de l'estomac, il existe toujours en même temps une inflammation plus ou moins violente du gros intestin et de l'intestin grêle. Or, cette coïncidence mérite bien la peine d'être indiquée. Il est bien évident que si les deux altérations existent simultanément, c'est qu'il y a entre elles un rapport caché, qu'il est du devoir du médecin de chercher à découvrir. On ne peut les séparer l'une de l'autre, et il faut seulement chercher à distinguer quelle est leur influence réciproque et quelle est celle qui, par son antériorité, peut avoir été la cause déterminante de la seconde.

Or, c'est ici que l'on peut constater les avantages de la réflexion et du jugement sur les conclusions absolues qu'on cherche à tirer de l'observation directe des faits.

Ainsi, le ramollissement de la muqueuse de l'estomac est la conséquence de l'entéro-colite. En voici la preuve. Un phénomène constant accompagne la phlegmasie du tube digestif chez les enfants à la mamelle, c'est l'acescence très grande des liquides sécrétés par l'estomac et par l'intestin. Ce phénomène est démontré par l'acidité des matières excrémentitielles et par la coloration verte des matières. On sait, d'une autre part (Carswell), que l'état acide des liquides de l'estomac suffit pour opérer la digestion artificielle de la muqueuse, c'est-à-dire son ramollissement : il est donc certain que toutes les maladies qui auront pour résultat l'acescence des liquides gastriques devront déterminer le ramollissement de la muqueuse de l'estomac : c'est ce qui arrive précisément dans l'entéro-colite ; c'est ce qui peut arriver également dans le cours d'autres affections.

Ainsi, le ramollissement de la muqueuse stomacale qui existe en même temps que l'entéro-colite paraît être sous la dépendance absolue de cette dernière maladie ; mais cela ne peut suffire.

Il faut démontrer que ce ramollissement est bien véritablement le résultat de la digestion de la membrane par les acides gastriques, et qu'il n'est pas la manifestation d'un état pathologique particulier, l'inflammation de l'estomac, par exemple : c'est ce qui est établi par les caractères mêmes de l'altération. En effet, ce ramollissement blanc gélatiniforme des parties déclives du viscère, ou même de sa totalité, ne ressemble en rien au ramollissement rouge dit inflammatoire. Il semble être placé tout à fait en dehors des lois ordinaires de l'anatomie pathologique; sa nature est peu connue, il paraît être bien plutôt le résultat des phénomènes inorganiques vitaux que des phénomènes de décomposition organique.

(1) Voyez ce mot.

OBSERVATION. — Un enfant de cinq mois, maladif, maigre, sujet aux diarrhées et aux vomissements, reposait dans son lit lorsque le feu s'y communiqua; le père prit un vase rempli d'eau qui se trouvait sur un fourneau voisin, et sans savoir que l'eau était presque bouillante, il la versa sur le malheureux enfant pour éteindre le feu; il en résulta des brûlures tellement graves que l'enfant mourut le même jour.

Autopsie. — Outre les lésions de la brûlure, il y avait des ulcérations et un ramollissement de l'estomac qui furent attribués à un empoisonnement par l'acide sulfurique. L'enquête judiciaire accusait le père; mais la faculté de Prague, voyant que les lèvres, le pharynx et l'œsophage n'étaient pas corrodés, fit écarter l'accusation d'empoisonnement, et elle attribua justement les lésions de l'estomac à une gastromalacie cadavérique opérée après la mort par les acides de l'estomac.

Il n'en faut pas davantage pour démontrer que, dans les cas de coïncidence du ramollissement de la muqueuse de l'estomac et de l'entéro-colite, c'est à cette dernière altération qu'il faut rapporter l'existence de la première. Par conséquent, la description de la maladie doit surtout s'appliquer à l'affection principale, c'est-à-dire à l'entéro-colite, et l'on ne doit y trouver les affections concomitantes que comme un complément placé dans le chapitre des complications.

En résumé, le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac chez les enfants à la mamelle n'est pas une affection spéciale qu'il faille décrire en particulier.

Cette altération est toujours liée à d'autres maladies, et spécialement aux affections du gros intestin, ou entéro-colite, qu'on a trop longtemps négligé de faire connaître.

Elle est la conséquence de l'acidité des liquides contenus dans le tube digestif des jeunes enfants, liquides très acescents dans l'entérite aiguë.

Les symptômes, la marche, le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette lésion sont donc inutiles à décrire : ce serait une erreur de lieu. Nous renvoyons au chapitre consacré à l'histoire de l'entéro-colite, cause ordinaire du ramollissement de l'estomac, et l'on y trouvera tout ce qui est relatif à cette altération qui doit disparaître des cadres morbides de l'enfance, en tant qu'on voudrait la considérer comme une affection particulière et isolée.

CHAPITRE IX

TUBERCULES DE L'ESTOMAC

Si la tuberculisation de l'intestin est assez bien connue aujourd'hui, celle de la partie supérieure du tube digestif, et en particulier de l'estomac, est jusqu'ici restée dans l'ombre. M. Cazin en a vu un cas intéressant, dont voici le résumé :

OBSERVATION. — Une jeune fille de douze ans et demi arrive à Berck, affectée d'une adénopathie du cou ayant entraîné des abcès et des fistules; l'état général est mauvais. Après dix-huit mois, on constate une notable amélioration dans son état, lorsqu'elle rend une certaine quantité de sang par la bouche. Quelques mois après, elle est amaigrie et vomit de nouveau un demi-verre de sang. Elle fut prise d'un érysipèle de la face; au début on lui donna, sans l'ordonnance du médecin, un vomitif, à la suite duquel elle eut une hématémèse et rendit des selles noirâtres et poisseuses. Après l'avoir, à cette époque, examinée, M. Cazin diagnostiqua une affection tuberculeuse de l'estomac. L'érysipèle suivit sa marche et se compliqua bientôt d'une péritonite et d'un état typhoïde qui amena la mort dans l'espace de six jours.

A l'*autopsie*, on trouva des granulations tuberculeuses dans les poumons et dans les

ganglions bronchiques. Dans les intestins, il n'y avait pas de traces de tubercules ni, en aucun point, de perforation. Sur la face postérieure de l'estomac se trouvait une large ulcération circulaire, à bords déchiquetés et décollés, à fond grisâtre. La muqueuse, dans le voisinage, était recouverte d'un grand nombre de granulations tuberculeuses disséminées, et, dans d'autres points, elle était le siège de lésions congestives et hémorrhagiques. Les ganglions lymphatiques étaient infiltrés de tubercules. L'examen microscopique confirma ce qu'avait montré l'examen à l'œil nu.

C'était donc là un type parfait de maladie tuberculeuse de l'estomac, sans complications du côté de l'intestin.

M. Cazin a rapproché de ce fait personnel plusieurs autres cas analogues empruntés aux auteurs, et qui semblent confirmer la justesse de son diagnostic.

CHAPITRE X

ULCÈRES DE L'ESTOMAC

Le docteur Rehn (1) reconnaît sept espèces d'ulcères de l'estomac chez les enfants : ulcère catarrhal, hémorrhagique, tuberculeux, folliculaire, simple perforant, gangreneux, diphthéritique; ces ulcères sont ici placés par ordre de fréquence décroissante, le gangreneux et le diphthéritique étant peu communs. — La seule sorte d'ulcère qui soit spéciale à l'enfance est l'ulcère folliculaire. Billard décrivit le premier une maladie des nouveau-nés, sous le nom de *gastrite folliculaire*. Rehn rapporte l'opinion de Bohn (2), d'après lequel, si l'on entend par le mot *follicule* un follicule muqueux, ces ulcères ne sont pas folliculaires, les follicules muqueux n'existant pas généralement dans l'estomac des enfants nouveau-nés. L'orifice des plus petits follicules muqueux peut être bouché par de l'épithélium; il en résulte de petits kystes muqueux et même, si ce bouchon ne se dégage pas, de l'inflammation et de l'ulcération. Rehn conclut en disant que la lumière n'est pas encore faite sur la nature de cette gastrite folliculeuse.

M. Sappey n'admet pas dans la muqueuse gastrique de l'homme ni des mammifères de follicules clos. D'après lui, ce que beaucoup d'anatomistes, en Allemagne surtout, prennent pour des follicules clos, ce sont de simples kystes formés par la dilatation d'une ramification d'une glande pepsinifère; cette transformation en kyste se produit dans l'inflammation passée à l'état chronique, qui entraîne la chute de l'épithélium des glandes. La divergence consiste donc dans l'interprétation; le pathologiste allemand considère comme la cause ce qui n'est que l'effet aux yeux de notre savant anatomiste.

CHAPITRE XI

CANCER DE L'ESTOMAC

Le docteur Cullingworth cite cette observation (3) :

OBSERVATION. — Un enfant du sexe masculin, pendant les neuf jours qui suivirent sa naissance, offrait toutes les apparences d'une bonne santé. Le dixième jour, il commença

(1) Rehn, *Jahrbuch für Kinderheilkunde.*
(2) Bohn, *Die Krankheiten der Kinder.* Leipsig, 1866.
(3) Cullingworth, *British medical Journal*, août 1877.

à présenter des vomissements qui revenaient d'une demi-heure à une heure après les repas. Il n'y avait pas de fièvre; la langue était nette; les selles étaient rares, noirâtres, mais sans odeur. On pensa à une occlusion occupant un point élevé du tube digestif; mais il n'était pas facile de se rendre compte de sa véritable nature. Les vomissements devinrent de plus en plus opiniâtres, et la constipation de plus en plus marquée. L'amaigrissement augmentait de jour en jour. Le ventre, qui longtemps était resté souple, se ballonna. A partir de ce moment, les vomissements devinrent plus rares, mais plus copieux. La mort survint vingt-neuf jours après la première apparition des phénomènes morbides. Des convulsions se déclarèrent dans les vingt-six dernières heures.

A l'*autopsie*, on trouva un épaississement des parois de l'estomac, marqué surtout dans sa portion pylorique. Le pylore était complètement obturé par une petite tumeur ramollie et ulcérée, qui s'implantait sur son bord. L'examen histologique, pratiqué par le Dr Dreschfeld, révéla qu'il s'agissait d'un épithélioma à cellules cylindriques, accompagné d'une hypertrophie énorme de la tunique musculeuse de l'estomac.

CHAPITRE XII

ULCÈRES DU DUODÉNUM.

Les ulcères du duodénum sont rares chez les enfants. Woods en cite un exemple (1).

OBSERVATION. — Un enfant âgé de quelques heures fut pris d'*hématémèse*, qui s'arrêta un peu, qui reparut et qui fut accompagnée de *mélæna*.

La mort eut lieu au bout de vingt-cinq heures.

A l'*autopsie*, on trouva une hépatisation du lobe inférieur du poumon droit, une péritonite généralisée, et sur la paroi postérieure du duodénum, une ulcération circulaire large de un centimètre, à bords nets, intéressant l'épaisseur de l'organe et ayant produit deux petites perforations du péritoine.

CHAPITRE XIII

DYSPEPSIE DES NOUVEAU-NÉS

La dyspepsie des nouveau-nés n'est pas une maladie. C'est un symptôme du catarrhe de l'intestin ou de l'entéro-colite.

Chez les enfants qui sont mal réglés dans l'allaitement et qui tettent trop souvent, qui tettent trop abondamment, dont les nourrices ont de mauvais lait, qui sont élevés au biberon, qui prennent trop tôt des bouillies et des soupes indigestes, il se produit de la diarrhée catarrhale ou catarrhe de l'intestin et de l'entéro-colite.

Alors les enfants vomissent, ont des selles mal digérées, remplies de fragments de lait non digéré ou de la diarrhée séreuse lientérique et une pneumatose intestinale plus ou moins prononcée. D'autres ont de la constipation, qui est le prélude d'une diarrhée prochaine, et rendent des matières infectes au lieu de leur fadeur habituelle. Souvent même ils rendent des matières semblables à de la terre glaise ou de la terre à four jaunâtre.

Ils ne profitent pas ou dépérissent. Au lieu d'augmenter de 25 à 40 grammes par jour, comme ils doivent le faire, ils n'augmentent plus que de 15 ou de 5 grammes; ils sont pâles, leurs chairs sont flasques et ridées; ils dorment

1) Woods, *Gaz. méd.* 1878, p. 337.

mal; ils crient, ont des coliques et des vents, puis la diarrhée les affaiblit de plus en plus, et ils arrivent à l'entéro-colite aiguë ou chronique avec engorgement des ganglions du mésentère; ils deviennent tuberculeux et meurent dans la cachexie, le marasme et la consomption, qui représentent la phthisie intestinale, état décrit, comme maladie nouvelle, sous le nom d'*athrepsie*.

Cette dyspepsie se rattache à la diarrhée catarrhale et à l'entéro-colite, que j'ai décrites dans les chapitres précédents, et auxquels je renvoie mon lecteur.

CHAPITRE XIV

ATHREPSIE OU GASTRO-ENTÉRITE

L'athrepsie (de α privatif, et τρέφω, je nourris) n'est pas plus une maladie que la dyspepsie, que la phthisie, que l'atrophie, que la dystrophie, etc. C'est un symptôme, et rien de plus.

Un de nos collègues des hôpitaux s'est donné un mal inouï pour faire croire qu'il venait de découvrir une maladie nouvelle, tandis qu'il ne s'agit que d'un nom nouveau appliqué à l'entérite et à la gastro-entérite.

Ce n'est pas à une époque de localisation anatomique où la science repousse les entités morbides de phthisie, de boulimie, de vomissement, de céphalalgie, etc., pour rapporter ces symptômes à une altération organique déterminée, qu'il est possible de remplacer celui de *gastro-entérite chronique*, bien connu avec toutes ses conséquences, par un mot nouveau impropre. En effet, *athrepsie* veut dire absence de nourriture. Or, il n'y a pas chez ces enfants d'absence de nourriture, il y a seulement mauvaise nourriture. C'est donc *cacothrepsie* qu'il aurait fallu dire, comme on disait jadis *cacochymie* et *cachexie*. Mais laissons ce mot malheureux, qui n'exprime pas une idée et qui indique seulement le symptôme d'amaigrissement et d'altération de tous les tissus superficiels et profonds produit par la gastro-entérite et par toutes les maladies chroniques de l'enfance. Voyons la chose. L'auteur de cette innovation du vocabulaire médical a voulu décrire la dyspepsie des nouveau-nés, c'est-à-dire la gastro-entérite aiguë et chronique avec leurs conséquences d'ulcération des fesses et des malléoles, de muguet, d'ulcération de l'intestin, d'apoplexie pulmonaire et cérébrale par suite d'une stéatose générale de tissus, qui est l'effet de la phthisie gastro-intestinale. Il décrit même l'athrepsie foudroyante, qui est l'entérite cholériforme. — Or, j'ai décrit le muguet, la diarrhée chronique, l'entérite aiguë, le choléra infantile, l'entéro-colite chronique, etc., qui constituent l'athrepsie de notre collègue, dans autant de chapitres distincts.

CHAPITRE XV

HOQUET.

Le hoquet se présente souvent chez les jeunes enfants à la mamelle et en bonne santé. On s'en inquiète souvent beaucoup trop, car c'est un accident de peu d'importance. Il n'en est plus de même chez les enfants malades de la seconde enfance; il acquiert une grande valeur comme signe pronostic défavorable.

Dans quelques cas, c'est le symptôme de vers intestinaux, et Cavasse a

rapporté un cas très curieux où le phénomène avait duré pendant plusieurs mois avec une intensité très considérable.

OBSERVATION. — Enfant de dix ans affectée de hoquet d'une violence peu commune. Les contractions du diaphragme étaient parfois si désordonnées que la respiration ne se faisait plus que par soubresauts, et que l'enfant paraissait alors sous le coup d'une mort imminente par asphyxie. — Ce hoquet durait, en moyenne, huit heures par jour; les accès étaient d'ordinaire d'une heure ou deux et cessaient complètement pendant le sommeil.

Ce phénomène morbide était celui qui avait le plus frappé les personnes qui soignaient l'enfant, surtout à cause de la suffocation qui les tenait dans un perpétuel état d'épouvante; mais il n'était pas le seul : l'appétit était devenu capricieux; la petite malade avait dans la gorge la sensation d'un corps étranger; elle se plaignait de maux d'estomac, d'oppressions, de palpitations; elle était très pâle; la face cutanée des paupières inférieures était bleuâtre. Il y avait de la chlorose; la nutrition était évidemment en souffrance.

Comme l'enfant avait rendu quelques lombrics, on lui donna du calomel, qui fit rendre d'autres vers en assez grand nombre, et elle fut guérie (1).

L'état convulsif du diaphragme, qui est la cause du hoquet, est souvent déterminé chez les enfants bien portants par l'avidité qu'ils mettent à téter. On sait, dit Gardien, qu'une impression vive peut faire cesser le paroxysme du hoquet qui ne reconnaîtrait pas pour cause une manière irritante, mais il serait dangereux de recourir à ce moyen pour dissiper le hoquet chez les enfants : les effrayer, c'est toujours les exposer à de grands inconvénients.

Traitement. — On peut faire disparaître le hoquet en donnant une ou plusieurs gouttes de vinaigre pur, des antispasmodiques, des opiacés à l'intérieur; mais ce moyen n'est pas convenable pour les enfants. Les applications froides à l'épigastre ou l'ingestion de petits fragments de glace réussissent assez bien dans cette circonstance. On peut espérer interrompre ce phénomène nerveux par des révulsifs aux jambes, et mieux par la sternutation que provoque l'aspiration de quelques grains de tabac. Il disparaît assez facilement, dit-on, sous l'influence d'un moyen bizarre proposé par Piretti (2), et qui consiste dans la compression de la circonférence d'un poignet au niveau du carpe, et principalement par la pression du poignet droit. Dans le cas où le hoquet résulte de la présence d'entozoaires dans les voies digestives, il faut donner du semen-contra, de la santonine ou du calomel (3).

CHAPITRE XVI

CORPS ÉTRANGERS DES INTESTINS

Des noyaux de cerise, d'abricot, de prune, des fragments d'os, des pierres, des pièces de monnaie, des aiguilles, des épingles, des clous, des morceaux de légumes, des pepins, des noyaux de fruit sont quelquefois avalés par les enfants.

Ces corps étrangers passent ordinairement avec les aliments dans l'intestin et sortent par la défécation au bout de trois à quinze jours. Il faut craindre les cas où ces corps étrangers offrent une saillie considérable.

(1) Cavasse, *Gazette des hôpitaux*, 1867, page 452.
(2) Piretti, *Gazette médicale*, 1850, p. 267.
(3) Voyez ENTOZOAIRES.

J'ai vu une aiguille avalée sortir à l'épigastre et, placée sous la peau, j'ai pu en faire l'extraction. Le docteur Annandale a observé un enfant qui, à la fin d'un copieux repas, a avalé une grosse épingle de cravate garnie d'un médaillon qui heureusement fut la première partie introduite. Cette épingle a parcouru toutes les voies digestives et a été rendue le lendemain avec les excréments (1).

J'ai vu en 1875, au mois de mai, un enfant de six ans qui rendit en vomissant plusieurs noyaux de cerises et de pruncelles avalés l'année précédente et qui avaient dû séjourner un an dans l'estomac.

D'une manière générale, quand un corps étranger est avalé par un enfant, il faut lui faire manger des soupes épaisses à la purée de viande pour invisquer le corps étranger, protéger l'intestin (2), puis attendre l'expulsion par l'anus.

CHAPITRE XVII

RÉTENTION DU MÉCONIUM

Le méconium est une matière noire, tenace et poisseuse, qui se forme dans l'intestin pendant le cours de la vie intra-utérine, et que le nouveau-né doit rendre par les selles dans les deux ou trois premiers jours de son existence. La rétention de cette matière est toujours préjudiciable à l'enfant. Les accidents qui en résultent sont plus ou moins graves, suivant la nature des causes qui empêchent cette évacuation.

Causes. — La rétention du méconium est le résultat de la paresse de l'intestin, quelquefois de l'endurcissement de cette matière, fait très rare, ou enfin d'un obstacle matériel à la circulation de ce produit excrémentitiel. Lorsqu'il n'y a chez un enfant que faiblesse des mouvements de l'intestin ou solidification des matières excrémentitielles, on en triomphe facilement par de légers purgatifs excitants. Quand, au contraire, il y a obstacle matériel aux déjections alvines, l'accident est infiniment plus grave; c'est ordinairement l'imperforation de l'anus qui en est la cause. Je vais donc parler de la simple rétention du méconium et de la rétention suite de l'imperforation de l'anus.

ARTICLE PREMIER

RÉTENTION SIMPLE DU MÉCONIUM

Le méconium est ordinairement expulsé dans les deux ou trois premiers jours qui suivent la naissance. Il arrive cependant que cette matière, adhérant beaucoup aux parois des intestins ou endurcie, ne peut être entraînée par les contractions trop faibles de ces viscères. Elle est évacuée en partie et reste pendant un espace de temps plus long qu'on ne saurait l'imaginer. Elle s'échappe lentement, par petites quantités, souvent sans qu'on s'en aperçoive, à des époques tellement éloignées de la naissance, qu'on eût été bien loin de soupçonner que le moindre atome pût se trouver encore dans les intestins. Underwood a donné ses soins à des enfants âgés de plus d'un mois et qui avaient été indisposés depuis qu'ils étaient au monde. Ce n'était qu'alors qu'ils commençaient à rendre le méconium.

(1) Annandale, *Bulletin de thérapeutique*, 1863, p. 563.
(2) Voyez Dr Bailey, *Disque de fer-blanc de trois centimètres de diamètre* (*Union médicale*, 30 mai et 6 juin 1874, et 2 février 1876).

Les accidents qui résultent de cette rétention sont à peu près semblables à ceux que l'on observe dans la constipation à un âge plus avancé. Il y a des flatulences, des coliques, des indigestions, des vomissements ou de la constipation. On observe aussi quelquefois des phénomènes nerveux fort graves; mais ces accidents sont assez rares dans nos pays. Ils sont, au contraire, fréquents dans les climats chauds des tropiques. Ainsi les enfants nouveau-nés dans l'Inde ont souvent, à la suite de la rétention du méconium, une espèce de tétanos nommé *mâchoire close (loched jaw)* ou *tombée (fallen jaw)*, et qui exerce de grands ravages. J'ai vu survenir des convulsions chez un enfant qui, au huitième jour de la naissance, n'avait pas encore rendu le méconium, et j'ai cru devoir établir un rapport entre ces deux phénomènes, qui ne sont pas ordinairement liés l'un à l'autre.

Traitement. — Il faut favoriser l'expulsion du méconium en agissant sur le gros intestin à l'aide de lavements purgatifs, ou en donnant à l'intérieur des substances laxatives.

Les lavements purgatifs et les excitants du gros intestin sont très avantageux à employer, car le méconium n'occupe que le gros intestin. On réussit très bien en employant des lavements de 100 grammes, et composés, les uns, avec de la décoction de graine de lin unie à une cuillerée d'huile, ou à une solution de 8 grammes de sel marin ou de sulfate de soude; les autres, faits avec une infusion de mercuriale ou de séné dans 100 grammes de liquide.

A l'intérieur, lorsque ces moyens n'ont pas réussi, il faut commencer par donner des substances purgatives peu énergiques. Il faut les choisir de manière que leur action cause le moins de trouble possible, car il faut souvent très peu de chose pour purger un nouveau-né. Il suffit, le plus souvent, de leur faire prendre un peu de sirop de chicorée composé à la dose d'une ou deux cuillerées à bouche.

Si les selles tardent trop à paraître, on pourra donner 15 à 25 grammes d'huile d'amandes douces, ou moitié de cette dose d'huile de ricin.

Si le méconium diffère encore de sortir, il faut prendre le calomel seul ou associé au jalap. Le premier de ces médicaments est d'un emploi fort avantageux, car il est sans saveur; l'autre, au contraire, est plus difficile à faire prendre aux enfants, en raison de son amertume.

On administre le calomel à la dose de 10 à 15 centigrammes.

Le jalap en poudre se donne à la dose de 15 à 20 centigrammes dans du miel, ou incorporé à des conserves ou à des extraits assez compactes pour faire des pilules qu'on puisse recouvrir de poudre de réglisse ou de sucre.

ARTICLE II

RÉTENTION DU MÉCONIUM, SUITE DE L'IMPERFORATION DE L'ANUS

« L'extrémité inférieure du tube intestinal peut offrir une oblitération com-
« plète, qui résulte de l'imperforation de la peau au niveau de l'anus, et
« alors le rectum se termine en cul-de-sac à sa partie inférieure, ou bien
« une partie ou la totalité de cet intestin manque. Dans le premier cas, il
« contracte des adhérences avec le sacrum; dans le second, c'est l'extrémité
« inférieure du côlon qui forme un cul-de-sac et adhère au sacrum près de
« l'angle sacro-vertébral. Il ne faut pas croire cependant que l'imperforation
« de l'anus accompagne toujours l'imperforation ou l'absence du rectum.
« Cet orifice existe parfois chez les enfants dont le rectum est oblitéré:

« aussi est-ce une circonstance à laquelle il faut faire la plus grande atten-
« tion, lorsqu'on remarque des signes de rétention de matière fécale. Dans
« les cas où le rectum existe, mais où l'anus est imperforé, il suffit, pour
« donner issue au méconium, de faire une ponction, avec un bistouri droit,
« dans le point où l'anus doit exister, et au sommet de la tumeur qui se
« montre à chacun des efforts faits par l'enfant; puis il faut empêcher la
« cicatrisation de la plaie extérieure au moyen de mèches de charpie.

« Mais quand le rectum est oblitéré dans une grande partie de son éten-
« due, l'opération qu'il faut pratiquer est fort difficile, dangereuse et rare-
« ment couronnée de succès. Dieulafoy, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de
« Toulouse, a réussi cependant dans un cas de ce genre, le 8 mai 1848; l'opé-
« ration fut faite. Le 25 octobre, l'enfant se portait parfaitement. On n'a à
« choisir qu'entre l'établissement d'un anus artificiel à la partie antérieure
« de l'abdomen, d'un anus artificiel lombaire, ou dans le lieu même où
« l'anus devrait exister. La première opération est plus facile, mais l'infir-
« mité dégoûtante qu'elle laisse après elle doit faire donner la préférence à
« l'autre procédé, qui appartient à Amussat (1). »

Ce chirurgien pratiquait une de ces opérations hardies qu'on ne peut tenter que dans des cas semblables. Il cherchait à établir artificiellement un anus dans le lieu où cet orifice naturel devrait être placé. Pour cela, après avoir disséqué les parties jusqu'à l'intestin, il l'attirait, l'ouvrait et le fixait au pourtour de l'orifice anal, à l'aide de quelques points de suture. Une de ces opérations a réussi. On comprend combien elle doit être dangereuse; mais elle est préférable à celle qui consiste à établir chez un enfant un anus artificiel, qui voue le malheureux qui le porte à une vie misérable. En effet, ne vaut-il pas mieux tout oser pour rétablir convenablement les fonctions excrémentitielles chez un enfant, que de chercher à le sauver au prix d'une infirmité repoussante ?

CHAPITRE XVIII

CANCER DU CÆCUM

Ces faits sont très rares. Le Dr Stanton en a publié un cas (2).

Observation. — Une petite fille, après des malaises prolongés, fut prise de vomissements, de douleurs de ventre et de forte fièvre. Elle se rétablit; mais, au bout d'un mois, il y eut une crise semblable, et l'enfant succomba.

Elle avait une péritonite et la fin de l'iléon formée d'un cancer encéphaloïde offrait une large ulcération cancéreuse à la face intérieure de l'intestin. Les reins renfermaient également quelques noyaux de matière encéphaloïde. Les autres organes étaient sains.

CHAPITRE XIX

CONSTIPATION

La constipation est un accident infiniment plus rare dans l'enfance qu'à toute autre époque de la vie. C'est un des phénomènes de la dyspepsie (3).

(1) Chailly-Honoré, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 6e édition. Paris, 1878.
(2) Stanton, *Gaz. méd.* 1878, p. 338.
(3) Voyez ce mot.