

# TENTATIVE D'UNE NOUVELLE CLASSIFICATION\*)

Pelo Prof. RAUL MOREIRA,  
Lente de Clinica pediátrica medica e hy-  
giene infantil, da Faculdade de Medicina.

Il est naturel que le médecin se sente plus à son aise quand il constate l'affinité entre ses observations quotidiennes et celles d'autres observateurs. Une plus grande tranquillité lui sera garantie dans sa vie pratique, dès que le diagnostique se précise et que la thérapeutique se tourne efficace.

C'est ce que j'ai senti quand je tentai une nouvelle classification des perturbations nutritives des nourrissons, principalement dans l'alimentation artificiel.

Elle n'apporte d'original que l'inclusion de types nosologiques que mes scrupules professionnels m'obligèrent à ranger entre les syndrômes des classifications pré-existantes. J'ai voulu lui donner une forme simple, chemin direct de la clarté, sans refuser ma sympathie au criterium étio-  
logique.

Très pratique et concise m'a paru aussi la dénomination de „dystrepsie“, adopté par O. Cozzolino dans son „Trattado di Pediatria“ et qui, dans l'articulation du vocable grec, signifie bien la difficulté, l'altération dans l'état nutritif.

En médecine, plus encore dans le terrain de l'hygiène infantile, nous constatons jour par jour, tantôt la confirmation, tantôt la négation d'un nouvel aspect pathologique.

Très vif a été le mouvement occasioné par les conclusions de l'école pédiatrique allemande sous Czerny, Finkelstein, Keller, Langstein et Meyer, autour du déséquilibre des fonctions basiques du nourrisson, qui lui altère plus au moins le métabolisme, conclusions qui mirent en marge beaucoup de modalités cliniques qu'alors on interprétait comme de maladies locales de l'appareil digestif.

Pour retenir les doutes, comme schéma de toute une pathologie, rien de meilleur qu'une bonne classification, surtout si celle-ci obéit à l'étiologie de cas confirmés par l'observation clinique.

Mon opinion a toujours été que ces désordres de l'état général d'un nourrisson, ne doivent pas être limités seulement au facteur alimentaire; on ne pourra par nier que la perturbation nutritive est le chemin

ouvert pour l'infection, comme l'infection peut accompagner la perturbation nutritive.

Ainsi, à côté des entités cliniques, en dépendance absolue de l'aliment, d'autres se présentent, dominées par des phénomènes bactériologiques, diathésiques et anatomiques.

Le Professeur Finkelstein lui-même a souvent modifié son opinion, tant au point de vu clinique, qu'à celui de l'étiologie et de la pathogénie et nous trouvons toujours un nouveau tableau en chacune des éditions de son traité.

On ne pourra nier à l'école allemande, la primauté de l'indication du terrain de la chimie biologique, qui relie les perturbations au déséquilibre métabolique de l'individu. Je concorde toutefois avec mon illustre compatriote, Dr. Pedro d'Alcantara, quand, traitant du mouvement moderne dans l'hygiène infantile, il affirme ne pas avoir de divergence entre les écoles allemande et française.

Son minutieux travail a été publié dans les numéros de février et de mars 1929 de la „Pédiatria Pratica“ de São Paulo, ou nous lisons les conclusions suivantes:

- 1) Ce qui caractérise l'école française de pédiatrie, aujourd'hui comme avant 1909, c'est l'esprit éclectique que tire de chacune des théories une partie de vérité, sans se lier systématiquement à aucune.
- 2) Les différences entre les membres de chacune des écoles, française ou allemande, sont plus grande que celles qui existent entre les deux écoles dans leur ensemble.
- 3) Quant aux classifications, l'école française celle de *Hutinel-Nobécourt* et l'école allemande celle de *Finkelstein* sont si semblables que l'on pourra admettre: „la classification

HUTINEL-NOBÉCOURT-FINKELSTEIN“.

Autrefois j'adoptais toujours, dans la pratique comme dans mes cours, les classifications des célèbres professeurs berlinois

\*) Trabalho apresentado ao 2º Congresso Internacional de Pediatria, realizado em Stockolmo, em Agosto de 1930.

Czerny et Finkelstein mais peu à peu je m'inclinai vers celle de l'illustre Professeur de la Faculté de Médecine de Rio de Janeiro, Dr. Leonel Gonzaga.

Le tableau primitif de cet collègue a été modifié l'année dernière, modification qu'il motive de la forme suivante:

„Adoptant les critiques qui ont surgi à mon primitif tableau, je l'ai simplifié, transportant des types cliniques d'un „item“ à l'autre, ajoutant ici, modifiant là, et voici le nouveau schéma que j'ai organisé . . . .“

Dans celui-ci l'auteur établit quatre colonnes dont l'une pour la désignation générale, une autre pour les types cliniques et un troisième pour la terminaison possible des dystrophies.

En synthèse, pour discerner la dystrepsie qui s'est établie dans le nourrisson, il faut toujours avoir en vu les trois types classiques qui caractérisent l'individu dans la première enfance, depuis le normal jusqu'au degré de cachexie.

Ces trois types sont: l'eutrophique, le dystrophique et l'atrophique.

Nous savons que l'eutrophique se manifeste par l'augmentation constante et régulière de courbes pondérale et staturale. L'enfant a l'aspect fleuri, la turgescence tendue, le ton normal, évolution régulière du pannicule adipeux, bon appétit, sommeil tranquille, à côté de la régularité de toutes ses fonctions.

L'eutrophique démontre encore un degré précis de résistance aux exigences de la vie ainsi qu'aux conditions alimentaires et toxi-infectieuses.

On remarque toutefois que la limite entre les trois phases de nutrition n'est pas toujours bien établie.

La barrière disparaît, quand on voit le nourrisson, jusqu'alors d'apparence normale, tomber en déséquilibre de fonctions, par suite d'un simple changement d'alimentation, par infection banale, formant la dystrophie dans son premier cri d'alarme.

Le dérangement digestif, infectieux ou toxique, peut amener la dystrophie au dernier degré de résistance organique à l'atrophie, par l'altération profonde de ses cellules.

Tout ce qui touche aux phénomènes digestifs vient prouver l'idée de Pfaundler qui affirme que, à côté de la digestion proprement dite, il y a une digestion interne; la première se réalise dans l'appareil digestif, par la transformations des aliments pour ultérieure assimilation, et la deuxième transforme les principes nutritifs immédiats dans les cellules de l'organisme.

C'est avec ces brèves considérations que je présente ma classification:

### Dystrepsies des Nourrissons

(Principalment dans l'alimentation artificielle)

(d'après RAUL MOREIRA).

#### A) *Dystrepsies alimentaires:*

- 1) Dystrepsie par alimenta- { quantitative  
tion insuffisante . . . . . } qualitative
- 2) Dystrepsie par alimentation excessive
- 3) Dystrepsie par carence hydrocarbonée

- 4) Dystrepsie farinacée { forme atrophique  
forme atrophique-  
hydrémique  
forme hypertonique

- 5) Scorbut infantile
- 6) Dyspepsie gastro-intestinale
- 7) Décomposition alimentaire de Finkelstein

#### B) *Dystrepsies par toxi-infection:*

- 1) Entero-colite aigüe simple
- 2) Entero-colite toxi-infectieuse
- 3) Toxicose de Czerny-Keller
- 4) Dysenteries

#### C) *Dystrepsies par allergie:*

- 1) Diathèse exsudative
- 2) Catarrhes intestinaux éosinophiles de Neubauer et Stäubi

#### D) *Dystrepsies par entero-colite chronique*

#### E) *Dystrepsies par difformités:*

- 1) Maladie de Hirschsprung
- 2) Atrésie congénitale des vois biliaires.

Porto Alegre, Mai 1930.

