

difficulté à séparer la paralysie infantile des causes de boiteries appartenant à la classe des affections articulaires, comme les entorses, les hydarthroses, les arthrites ; mais il n'en sera pas toujours de même pour les *coxalgies* légères, au début, ou pour les *coxalgies anciennes*, accompagnées de notable amaigrissement du membre. Faites étendre l'enfant dans la position horizontale, placez un doigt sur l'épine iliaque antérieure et supérieure ; puis, avec l'autre main, cherchez à fléchir la cuisse ; si vous avez affaire à une paralysie infantile, l'articulation coxo-fémorale vous paraîtra tout à fait libre ; si, au contraire, la coxalgie existe, vous verrez le bassin se déplacer dès que vous solliciterez la flexion de la cuisse. Cette simple expérience vous servira toujours, et d'une manière sûre, à poser votre diagnostic. — A sa dernière période, la paralysie infantile détermine des *difformités* qu'on pourrait croire congénitales, et réciproquement une difformité congénitale, méconnue dans son origine, pourrait se révéler lorsque l'enfant commence à marcher, et passer pour une paralysie infantile. On voit quelquefois une *luxation congénitale* de la hanche, soit d'un côté, soit des deux côtés, échapper ainsi à une constatation qui devient inévitable dès que l'enfant commence à marcher en clochant ou en se dandinant. Enfin le pied-bot consécutif à la paralysie atrophique peut être confondu avec un pied-bot congénital. Le pied-bot paralytique revêt des formes spéciales : on voit rarement un pied bot talus paralytique, mais on trouve les autres formes, surtout l'équin varus.

La luxation congénitale, unilatérale ou double, se reconnaît aux caractères suivants :

L'enfant a toujours boité. — La claudication n'est pas apparue après un mouvement fébrile. Dès les premiers pas, on s'est aperçu qu'elle existait.

Le creux du pli de l'aîne est vide, le doigt n'y sent pas la tête fémorale ; les trochanters sont écartés de la ligne médiane,

et plus élevés ; la tête existe dans le voisinage de l'articulation coxo-fémorale ; elle se meut en arc de cercle pendant la flexion et l'extension de la cuisse. Le trochanter semble être le centre des mouvements imprimés à l'extrémité du fémur.

Pendant la marche, l'enfant se dandine, le tronc s'infléchit, la cuisse paraît rentrer dans le bassin. On constate l'élévation de la tête du fémur à chaque pas, et l'enfant étant couché, le bassin bien fixé, on peut imprimer des mouvements anormaux à cette tête mobile.

La fesse, du côté de la luxation unilatérale, est plate, étalée, en opposition avec la forme globulaire de la région saine ; le pli fessier est également plus long et tendant à s'élever vers son extrémité externe, du côté de l'os luxé. Ce vice de conformation est peu prononcé au début. La tête repose sur le sourcil cotylôidien ; plus tard, elle se porte en haut et en arrière, sous l'influence du poids du corps.

IV. *Croissance*. — Pendant les croissances très rapides, il n'est pas rare de voir les enfants de six, huit à douze ans, déjà libres d'allure et souvent très joueurs, se plaindre de douleurs dans la contiguïté des membres, et même dans les jointures. Quelquefois, ils ne témoignent aucune douleur, et une boiterie légère est le seul fait qui puisse attirer l'attention. Le diagnostic différentiel repose alors tout entier sur le début brusque, imprévu, l'atrophie partielle, le refroidissement et la faiblesse musculaire de la paralysie infantile. Aucun de ces symptômes ne se rencontrent pendant la croissance, dont la boiterie disparaît rapidement par le simple repos du membre.

Telles sont les principales causes de la boiterie, envisagée au point de vue du diagnostic différentiel de la paralysie infantile. Les unes sont fréquentes : coxalgies, abcès au voisinage des muscles, paralysie diphthéritique ; toutes les autres sont

beaucoup plus rares. Cependant, vous ne devez pas les ignorer, parce qu'il est bien certain que vous les rencontrerez presque toutes dans le cours de votre pratique.

Je profite de la circonstance pour vous mettre en garde contre un écueil auquel se heurtent bien des praticiens étrangers aux particularités de la clinique infantile et n'ayant aucune tendance à combler cette lacune par l'étude. Cet écueil, c'est la croissance. A une certaine époque de la vie, les mères, les nourrices et quelquefois les médecins ont une grande tendance à attribuer à la croissance la claudication et même d'autres symptômes moins vraisemblablement liés à ce travail physiologique, comme, chez de plus jeunes enfants, ils invoquaient la dentition ou les vers. Je vous engage à vous défier de ces tendances trop facilement acceptées, et à ne poser de tels diagnostics que par exclusion, et encore avec toutes sortes de réserves qui vous ménagent, en cas de surprise, une porte de sortie. Rappelez-vous en principe que la dentition, les vers et la croissance ne donnent guère lieu à une symptomatologie sur laquelle on puisse faire fond pour expliquer un état pathologique nettement défini. Le mieux, c'est d'abord de douter et de chercher ailleurs. Il sera toujours temps de rapporter à une de ces trois causes les faits pathologiques dont on cherche la signification.

*Pronostic.* — D'une manière générale, on peut dire que la paralysie infantile est de longue durée, et qu'elle ne se termine jamais par la guérison complète. Sans compromettre l'existence ni même les grandes fonctions de l'économie, elle doit donc être envisagée, au point de vue du pronostic, sous un aspect particulièrement réservé. Par contre, je dois vous prévenir que si, dès le premier jour de votre examen, vous parlez sans correctif d'incurabilité et d'infirmité, les familles ne comprendront pas le sens exact et limité de ces termes :

Je vous engage, (et en cela vous ne vous éloignerez point de la vérité), à commencer par promettre une amélioration lente, mais facile à constater ; quant à l'atrophie, aux contractures définitivement installées dans un segment de membre et aux déformations qui en sont la conséquence, montrez-vous plus réservés, tout en laissant entrevoir la possibilité d'un amendement considérable. J'ai le droit de vous parler ainsi, ayant constaté, dans trois cas, exceptionnels il est vrai, des guérisons complètes, qu'on ne pouvait mettre sur le compte d'une erreur de diagnostic, celle qui consisterait par exemple à prendre une paralysie éphémère pour une paralysie infantile. Il s'agissait bien, dans ces trois cas, de paralysies subites, aiguës, fébriles, qui se sont terminées par la guérison obtenue en trois ou quatre semaines. N'oubliez pas, en outre, qu'en dehors de ces faits excessivement rares, il en est d'autres plus rassurants : ce sont ceux dans lesquels la paralysie et l'atrophie s'amendent en un temps plus ou moins long (un à deux ans) au point de permettre une récupération satisfaisante des forces musculaires.

Je me résume, en vous conseillant de ne pas porter, dès le début de la paralysie infantile, un pronostic décourageant. Dites aux parents que cette maladie est de longue durée, qu'elle s'accompagne ordinairement d'atrophie des régions atteintes, mais affirmez que, portée dès le début à son summum d'intensité, elle tendra à diminuer petit à petit et permettra d'espérer une amélioration considérable. Remarquez que votre pronostic, ainsi atténué, se rapproche bien plus de la vérité que si vous affirmiez immédiatement l'incurabilité qui, pour le vulgaire, ne signifie pas seulement impossibilité de guérison complète, mais surtout aussi *infirmité non susceptible d'amendement*. En effet, je puis vous assurer que, même dans les cas les plus fréquents, c'est-à-dire dans ceux où la guérison reste toujours incomplète, il existe dans le mode de terminaison des variétés

dont plusieurs sont assez favorables pour mériter d'être considérées comme des guérisons relatives. Une médication appropriée et, en temps utile, l'électricité, le massage, les eaux minérales fortifiantes la gymnastique, les appareils contentifs ou prothétiques produiront, sous votre direction, dans ces cas, des résultats incomplets, mais susceptibles de vous faire honneur.

Enfin, le pronostic toujours sérieux de la paralysie atrophique confirmée, ne saurait être préjugé dès les premiers jours. Les muscles seront-ils nécessairement très atrophiés? Le seront-ils d'une manière lente ou rapide? La marche de la maladie, l'évolution de ses symptômes, dans un espace assez long de temps, peut seule répondre à ces questions.

Si la paralysie tend rapidement vers l'amendement, le pronostic est moins grave; si, au contraire, elle reste stationnaire, et, à plus forte raison, si elle est suivie d'une atrophie rapide, le pronostic s'assombrit; il faut redouter des difformités. Dans tous les cas où l'état stationnaire de la paralysie a dépassé cinq à six semaines, vous pouvez être certains que la guérison sera toujours incomplète.

Dès que les difformités sont acquises, l'incurabilité est flagrante, et vous vous trouverez dans la nécessité de le faire comprendre aux intéressés. C'est ce que votre tact et votre conviction des succès utiles, quoique partiels, réservés à votre thérapeutique, vous apprendront à faire sans blesser les sentiments si respectables de parents affligés.

*Etiologie.* — Avant de passer au traitement de la paralysie infantile, je dois vous avouer que toutes les questions afférentes à son étiologie sont entourées de la plus grande obscurité. Quand je vous aurai dit qu'elle est rare avant 6 mois, et qu'on ne l'observe guère après 3 ans, qu'elle est aussi fréquente chez les garçons que chez les filles, je vous aurai à peu près fourni tous les éléments étiologiques de cette maladie. Exception-

nellement, j'ai observé des cas incontestables de paralysie infantile dont l'apparition subite s'était produite, à l'âge de quatre ans, six ans, sept ans, sept ans et demi, et même un cas à douze ans; mais ce sont là des faits en dehors des règles habituelles.

Bien que la *dentition* ne paraisse en aucune façon agir d'une manière évidente sur le développement de cette maladie, il n'est pas moins curieux de noter que c'est précisément à l'époque de l'évolution dentaire (entre neuf mois et deux ans) qu'elle apparaît le plus fréquemment.

J'ai cru remarquer, quelquefois, une *influence rhumatismale*, un refroidissement manifeste.

Enfin, comme je vous le faisais remarquer tout à l'heure, la science ne possède encore que des documents insignifiants sur les véritables causes des lésions médullaires de l'affection si singulière qui porte le nom de paralysie infantile.

*Traitement.* — Il varie suivant les périodes: 1° La période initiale, celle des phénomènes aigus du début; — 2° La période d'état, constituée par une paralysie et une atrophie limitées. — 3° La période des difformités.

*Première période.* — Au début, je conseille de faire une révulsion puissante sur la surface cutanée, en donnant tous les jours un bain d'air chaud de trois à cinq minutes de durée, d'envelopper les membres inférieurs dans de l'ouate, saupoudrée de farine de moutarde, qu'on change matin et soir, et d'appliquer entre les deux épaules, le long de la colonne vertébrale, des ventouses sèches, de petits vésicatoires volants; ou de faire avec la teinture d'iode, ou mieux avec le crayon Limousin (mélange d'huile de croton tiglium avec beurre de cacao et cire) une éruption artificielle d'une assez longue durée, le tout dans le but de dégager l'axe médullaire.

A l'intérieur, je vous engage à administrer des préparations de ciguë et d'aconit (cinq gouttes de chaque), dans une potion de tilleul et d'eau de fleur d'orange additionnée de 15 grammes d'eau de laurier-cerise.

L'enfant, en outre, sera maintenu à une température douce, condamné à garder le lit et alimenté avec précaution.

Le but de cette médication, vous le comprenez, est d'enlever à la myélite une partie de son activité destructive et, en tous cas, de diminuer l'afflux sanguin autour des lésions déjà formées.

*Deuxième période.* — Les accidents aigus ont disparu, la paralysie est acquise et l'atrophie commence à se manifester. Il faut, par tous les moyens, chercher à combattre cette fâcheuse tendance.

C'est alors que vous aurez recours aux frictions chaudes et stimulantes sur les membres (baume de Fioravanti, 100 grammes; alcoolat de lavande, 50 grammes; teinture de noix vomique, 20 grammes). Vous entourerez de flanelle, de vêtements chauds, les membres qui sont toujours refroidis et quelquefois cyanosés. Enfin, vous conseillerez l'emploi des courants continus faibles, le pôle positif placé vers la partie supérieure du dos et le pôle négatif en bas, sur la région particulièrement atrophiée. Les séances électriques devront durer, tous les jours, de 20 à 30 minutes. Il est préférable de changer de temps en temps les pôles de place.

A l'intérieur, vous exciterez la vitalité du système nerveux par des préparations de noix vomique (teinture de noix vomique, 3 à 5 gouttes par jour, ou bien sulfate de strychnine, 1/2 à 1 milligramme en vingt-quatre heures, pris dans une solution répartie sur toute la journée). L'emploi de ces agents thérapeutiques devra être suspendu au bout de six à huit jours et être repris après un laps de temps égal. De temps en temps,

vous appliquerez des pointes de feu vers la partie supérieure de la colonne vertébrale.

N'oubliez pas aussi de faire prendre des toniques, du café, du quinquina, de l'huile de morue, de donner des bains sulfureux, artificiels et naturels.

*Troisième période.* — Tout en continuant le traitement précédent, vous recommanderez une gymnastique spéciale, qui variera avec la région affaiblie. S'agit-il d'une paralysie de la région antéro-externe de la jambe produisant une inflexion de la pointe du pied en bas et en dedans, un pied bot équin varus, conseillez non seulement une bottine et une attelle métallique orthopédique qui ramènent le pied dans sa position normale<sup>1</sup>, mais encore des mouvements opposés à la déviation, des manœuvres et des massages qui, deux fois par jour, sollicitent les contractions musculaires; contre la paralysie des membres supérieurs, on a recours à des voitures à grandes roues qui sont mises en mouvement par les bras de l'enfant, assis convenablement sur la banquette de la voiture; contre la paralysie des membres inférieurs, on peut utiliser le cheval mécanique à pédales et tous les appareils à pédales construits pour le même motif.

Quand les enfants sont déjà grands et qu'ils veulent bien y consentir, on attache leur partie malade à des bandes de caoutchouc ou à des cordes supportant des poids et enroulées autour d'une poulie; on cherche ainsi à leur faire exécuter les mouvements qui rappellent la fonction des muscles frappés de paralysie, en luttant contre l'élasticité du caoutchouc ou contre l'action de la pesanteur. Il n'est pas possible de déterminer d'avance tous les moyens empruntés à la gymnastique active ou passive qu'un médecin ingénieux et appliqué peut utiliser

1. La ténotomie est contre-indiquée ici; elle supprimerait les chances de rétablissement des fonctions musculaires.

en ce sens; les résultats favorables que leur emploi vous promet vous encourageront certainement à les tenter.

Quant aux appareils orthopédiques, je vous engage également à vous bien pénétrer de leur indication et à ne pas en abandonner aveuglément l'exécution aux fabricants, d'ailleurs fort habiles en la matière. Il y a mille questions de détail qui doivent être de votre compétence.

Je termine en vous rappelant que la paralysie dite essentielle de l'enfance est symptomatique d'une altération de la substance grise des cornes antérieures de la moelle, qu'elle apparaît tout d'un coup, avec ou sans fièvre, avec ou sans convulsions, vers l'âge de neuf à vingt-six mois, et qu'elle est caractérisée *d'abord* par une paralysie assez étendue mais portant toujours d'une façon plus accusée sur un certain membre ou portion de membre pour se localiser enfin avec atrophie, refroidissement, état cyanique, dans cette portion et *enfin*, par des déviations qui sont la conséquence de ce dernier état. Elle ne provoque à aucun moment des troubles cérébraux ou sensoriels; fébrile, d'une façon plus ou moins ostensible au début, elle est plus tard apyrétique; très longue dans sa durée, elle s'amende le plus souvent d'une façon très notable sans jamais guérir radicalement. Je vous ai recommandé d'être très sobres de renseignements sur le pronostic, en raison des grandes différences qui existaient dans le cours et la terminaison de cette affection que vous devez traiter sans découragement, avec d'autant plus de ténacité qu'elle est plus sérieuse et plus longue.

## TABLE DES MATIÈRES

### PREMIÈRE CONFÉRENCE

#### Généralités sur la thérapeutique infantile. — Méthode évacuante.

SOMMAIRE. — I. *Vomitifs*: Matière médicale: Ipécacuanha. — Sirop de Desessarts. — Poudre de Dower. — Narcisse des prés. — Polygala. — Sulfate de cuivre. — Tartre stibié; ses contre-indications.

Action physiologique. — Indications: maladies des voies respiratoires: 1<sup>o</sup> laryngites (faux croup et croup); 2<sup>o</sup> bronchites; 3<sup>o</sup> coqueluche, adénopathie bronchique, emphysème pulmonaire; 4<sup>o</sup> pneumonie et broncho-pneumonie. — Maladies de l'appareil digestif: 1<sup>o</sup> angines; 2<sup>o</sup> abcès de l'amygdale; 3<sup>o</sup> embarras gastrique. — Fièvres éruptives. — Maladies du système nerveux: 1<sup>o</sup> chorée; 2<sup>o</sup> convulsions.

II. *Purgatifs*: Matière médicale: Laxatifs. — Cathartiques. — Drastiques. — Manne. — Mannite. — Huile de ricin. — Podophyllin. — Tamarin. — Magnésie calcinée. — Citrate de magnésie. — Crème de tartre. — Calomel. — Séné. — Rhubarbe. — Indications des purgatifs..... 1

### DEUXIÈME CONFÉRENCE

#### De l'opium.

SOMMAIRE. — 1<sup>o</sup> Matière médicale. — Eau de têtes de pavot. — Laudanum. — Elixir parégorique. — Sirop de codéine. — Diacordium. — Sirop diacode. — Poudre de Dower.

2<sup>o</sup> Action physiologique. — Appareil digestif. — Sécrétions. — Circulation. — Respiration. — Système nerveux.

3<sup>o</sup> Indications et contre-indications. — Contre-indications. — Affections adynamiques. — Diphtérie. — Fièvres éruptives malignes. — Affections prurigineuses. — Gangrène de la vulve. — Indications: Maladies de l'appareil digestif. — Entérite. — Diarrhée. — Gastralgie. — Affections