

A l'intérieur, on prescrira le lait phosphaté et iodé, ou une potion à l'iodure de potassium :

℞ Iodure de potassium	10 grammes.
Sirop de quinquina	100 —
Sirop de fleurs d'oranger	100 —
Une cuillerée à café matin et soir.	

Pour prévenir le carreau, on conseillera l'usage du lait stérilisé ou bouilli ; car on suppose à bon droit que la tuberculisation des ganglions mésentériques peut être d'origine alimentaire.

CATARACTES

On entend par cataracte la perte de transparence du cristallin (opacités de surface, noyau central, etc.). La vue est troublée, meilleure dans l'obscurité qu'au jour si la cataracte est centrale. On distingue des cataractes *congénitales* et des cataractes *acquises*. Il y a une cataracte molle congénitale avec aspect laiteux du cristallin, une cataracte zonulaire plus commune, avec opacité grise centrale. Les cataractes acquises peuvent être *traumatiques* (plaies du cristallin), *dyscrasiques* (diabète, albuminurie), *pathologiques* (irido-cyclite).

TRAITEMENT

La conduite varie suivant les formes ; dans la cataracte zonulaire congénitale, on n'intervient pas si elle est petite et centrale ; si elle est volumineuse tout en permettant la vision avec l'atropine, on fait l'*iridectomie optique* (en bas et en dedans) ; si le noyau est très volumineux, on fait l'extraction.

Les cataractes polaires, d'ailleurs rares, seront traitées par l'iridectomie optique. La cataracte molle congénitale sera extraite. La cataracte molle du diabète et de l'albuminurie s'opère par ponction ; la cataracte traumatique sera opérée tardivement après disparition des phénomènes infectieux. Les cataractes pathologiques observées dans les désorganisations de l'œil seront abandonnées à elles-mêmes.

CATARRHE NASO-PHARYNGIEN

Quand un enfant tousse avec force, par saccades répétées, par quintes plus ou moins violentes, sans fièvre, sans dyspnée intercalaire, on pense d'abord à la bronchite, puis à la coqueluche, et en dernier ressort à l'adénopathie médiastine.

La *bronchite*, elle est éliminée par l'auscultation qui ne décèle aucun râle, aucun bruit anormal dans la poitrine ; la *coqueluche*, elle se caractérise bientôt par des quintes spéciales, suivies de reprise sifflante ; l'*adénopathie* trachéo-bronchique, elle ne saurait être affirmée en l'absence de tout signe plessimétrique ou stéthoscopique.

Qu'est-ce donc que cette toux opiniâtre des jeunes enfants ? Pour répondre à cette question, il suffit de regarder dans la gorge ou dans le nez. Dans la gorge, on trouvera soit une hypertrophie amygdalienne, soit des granulations pharyngées, soit un catarrhe muco-purulent descendant de l'arrière-cavité des fosses nasales sur la paroi postérieure du pharynx.

Dans la 1^{re} édition de mon *Traité des maladies de l'enfance* (Paris, décembre 1892, chez Rueff, page 417), et plus tard dans la 2^e édition (page 430), dans la 3^e (page 462), de même que dans les éditions précédentes de mon *Formulaire*, j'avais eu l'occasion d'esquisser cette affection. Insistant sur les causes nasales, je disais : « L'air, trouvant un obstacle dans les cavités nasales, passe directement par la bouche et vient irriter le pharynx. De plus, les *mucosités purulentes qui s'écoulent le long du pharynx, dans les cas de coryza postérieur, irritent par leur contact les follicules clos et la muqueuse elle-même*. Les symptômes qui attirent l'attention sont : un sentiment d'ardeur et de sécheresse de la gorge, une légère dysphagie, une toux sèche, répétée, quinteuse, *plus nocturne que diurne*, plus fatigante le matin au réveil que dans les autres moments de la journée... J'ai vu une petite fille, atteinte de granulations pharyngées très volumineuses, présenter des accès de toux, *suivis de vomissements...* »

Dans la 2^e édition de mon *Formulaire* (Paris, 1895, chez Rueff, page 584), à l'article *Pharyngite catarrhale*, on peut lire :

BIBLIOTECA FACULTAD DE MEDICINA BIBLIOTECA DE MED. UNIV.

« L'inflammation subaiguë et chronique de la muqueuse pharyngée n'est pas rare chez les enfants lymphatiques; elle accompagne souvent l'hypertrophie amygdalienne, les granulations, les végétations adénoïdes. Elle entraîne une *sécrétion muco-purulente qui tombe sur la paroi postérieure du pharynx et menace l'entrée du larynx d'où la toux réflexe habituelle. Ce catarrhe de la gorge est lié souvent à un coryza postérieur, et mérite le nom de CATARRHE NASO-PHARYNGIEN.* »

Si j'ai transcrit ces quelques lignes, ce n'est pas pour faire de la publicité à l'auteur et à l'éditeur des livres cités; c'est uniquement pour mettre sous les yeux des confrères, auxquels je vais maintenant donner la parole, un texte qu'ils avaient ignoré ou oublié.

On a beaucoup parlé en effet, depuis quelques années, de *toux pharyngée chez les enfants, de toux nocturne spasmodique émetisante des jeunes enfants, etc.*

Cette année même, à la Société de médecine du comté de New-York (28 septembre), M. W. C. Phillips a fait une communication sur le *catarrhe chronique du nez et de la gorge chez les petits enfants*, en faisant ressortir le rôle des fièvres éruptives, des végétations adénoïdes, des contusions du nez, etc.

Mon ami, le Dr René Millon, a présenté à la Société médicale du IX^e arrondissement (15 octobre 1896) un important travail sur la *Toux pharyngée chez les enfants*. Il a montré que cette toux était fréquente, que sa cause était souvent méconnue, qu'on pensait plus volontiers à la bronchite qu'à la pharyngite, et qu'on avait le tort de droguer et de traiter par la révulsion une toux qui cédait facilement au traitement local. Il a insisté sur les caractères *nocturne, quinteux, nauséux* de la toux. Pour lui la toux se montre surtout au coucher, à minuit, au réveil; la quinte la plus commune est celle du réveil.

Ce complexe symptomatique s'accompagne de deux choses, dit-il : 1^o l'absence de signes stéthoscopiques trachéo-bronchiques; 2^o un état particulier du pharynx (pharyngite chronique, granulations, épaissement de la muqueuse, inflammation du pharynx nasal, etc.). Et il conseille les badigeonnages de glycérine iodée, à parties égales.

Me trouvant à la séance, le jour de la communication du

Dr Millon, je crus devoir prendre la parole, et j'appréciai en ces termes la question pendante : « Les faits visés par la communication de M. Millon sont extrêmement fréquents. Tous les jours nous sommes consultés pour des enfants qui toussent, qui ont des quintes, simulant parfois celles de la coqueluche, et qu'on croit atteints de bronchite, d'adénopathie trachéo-bronchique, voire même de coqueluche. Or, il n'y a rien de tel. L'appareil respiratoire est intact, les ganglions médiastinaux ne sont pas hypertrophiés, autant qu'on puisse s'en assurer; enfin les accès de toux ne s'accompagnent jamais de *reprise*, ils sont d'ailleurs rares et courts, et la coqueluche doit être écartée. Quand on examine la gorge de ces enfants, on voit bien qu'ils ont les amygdales grosses, que les follicules clos de la paroi pharyngée sont hypertrophiés (*granulations*); on voit aussi que des mucosités purulentes, visqueuses, abondantes, coulent le long du pharynx, venant de l'arrière-cavité des fosses nasales. Il s'agit, en somme, d'un *catarrhe naso-pharyngien*. Les enfants toussent principalement le soir, dans le milieu de la nuit, le matin au réveil, c'est-à-dire dans les moments où le muco-pus collecté descend vers le larynx et éveille le réflexe de la toux. Il faut donc, dans tous ces cas, ne pas se contenter de l'abaisse-langue, mais faire la rhinoscopie antérieure et postérieure. Si l'on se borne à cautériser les amygdales ou les granulations pharyngées, on n'atteint pas le but. On pourra bien, en agissant ainsi, soulager les malades, on ne les guérira pas. *Il faut agir sur le coryza et le catarrhe pharyngien par les fosses nasales.*

« Les instillations d'huile mentholée à 1/40^e ou 1/50^e, faites tous les jours dans les narines (1 ou 2 gouttes), jouissent d'une réelle efficacité et doivent être recommandées. »

Évidemment, mon ami, le Dr Gastou, n'avait pas eu connaissance de ces communications et de ces écrits quand il a publié son article sur « *La toux nocturne spasmodique émetisante des jeunes enfants et le coryza* » dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles* (18 décembre 1896). S'il les eût connus, il n'aurait pas manqué de les citer.

Dans cet article, fort intéressant, il met en relief le coryza postérieur qui donne un écoulement muqueux ou muco-purulent de l'arrière-gorge, et qui entraîne la toux nocturne spas-

BIBLIOTECA FACULTAD DE MEDICINA BIBLIOTECA UNIV. DE MED. VIANA

modique *émétisante*. Sauf cette dernière épithète, très heureusement choisie, les symptômes et les lésions exposés par M. Gastou se retrouvent dans les descriptions citées plus haut. Comme traitement, M. Gastou conseille, pour les enfants déjà grands, les lavages du nez avec le siphon de Weber, et pour les petits, l'introduction dans les narines de tampons effilés enduits de vaseline boriquée et antipyrinée à 1 p. 20.

Après cet exposé historique et critique qu'on trouvera peut-être un peu long, nous allons résumer brièvement les causes, les symptômes, le diagnostic, le traitement du *catarrhe naso-pharyngien*.

Le catarrhe naso-pharyngien est très commun chez les enfants, après le sevrage, entre 2 et 5 ou 6 ans. Mais il peut s'observer avant cet âge, chez des nourrissons de 1 an à 18 mois.

Chez une fillette de cet âge, le catarrhe était tellement abondant que le larynx en était obstrué, et qu'on avait cru à du croup.

Ce pseudo-croup céda très rapidement aux irrigations de la gorge et au nettoyage des fosses nasales.

Les manifestations du catarrhe naso-pharyngien sont plus fréquentes et plus pénibles en hiver qu'en été; les refroidissements, les rhumes vulgaires, si fréquents pendant la mauvaise saison, aboutissent souvent au catarrhe naso-pharyngien. Le coryza aigu ou à répétition précède souvent la pharyngite. Un nez mal fait, une cloison déviée, une hypertrophie de la muqueuse pituitaire, etc., sont des causes prédisposantes souvent constatées. Parfois la syphilis héréditaire semble jouer un rôle.

Les polypes naso-pharyngiens, les végétations adénoïdes, toutes les tumeurs des fosses nasales ou du pharynx, entraînent presque fatalement le catarrhe de la muqueuse.

Enfin, il faut accorder au tempérament lymphatique un rôle important. Certains enfants de souche arthritique, tuberculeuse ou scrofuleuse, présentent un développement insolite de leur système lymphatique: leurs ganglions sous-cutanés sont gros, leurs chairs sont molles et comme gorgées de lymphe, leurs organes lymphoïdes (amygdales, follicules clos) sont hypertrophiés. La muqueuse qui revêt et entoure ces amas de

tissu adénoïde est elle-même épaissie, molle et se laisse aisément enflammer. Le catarrhe naso-pharyngien est donc l'attribut des enfants lymphatiques; mais toutes les causes héréditaires ou acquises d'irritation locale du nez et de la gorge suffisent à le produire.

Les symptômes du catarrhe naso-pharyngien sont de deux ordres ou du moins affectent deux organes différents, quoique solidaires l'un de l'autre, à savoir le *nez* et la *gorge*. Du côté du nez, nous trouvons les symptômes d'un coryza plus ou moins net: signes d'obstruction incomplète, enchifrènement, éternuements, difficulté de respirer et de dormir la bouche fermée, ronflement, etc. Tantôt il y a un écoulement extérieur (coryza antérieur), tantôt un écoulement latent, se faisant en arrière (coryza postérieur). Pour saisir la présence de ce coryza postérieur, il suffit de faire ouvrir la bouche et d'abaisser la langue; on voit alors le pharynx tapissé de mucosités purulentes qui descendent de l'arrière-cavité des fosses nasales, qui viennent irriter l'épiglotte, les replis aryéno-épiglottiques, etc.

On comprend alors les symptômes pharyngés, la *toux pharyngée* du Dr Millon, la *toux nocturne émétisante* du Dr Gastou. Les enfants atteints de catarrhe naso-pharyngien, en effet, toussent beaucoup; ils toussent d'autant plus que leur pharynx est plus encombré de mucosités; et c'est pourquoi les paroxysmes sont notés pendant la nuit, le matin au réveil, c'est-à-dire quand l'enfant a gardé la position horizontale qui lui a permis d'accumuler dans son pharynx supérieur tous les produits de son catarrhe.

Cette provision se vide quand il y a trop-plein ou quand l'enfant prend la position assise et debout. C'est alors qu'on assiste à ces accès de toux coqueluchoïde, nauséuse, émétisante.

Si l'on ausculte la poitrine, à aucun moment on ne saisit la présence de râles, de souffle, de modification quelconque de la respiration. Les bronches et les poumons sont indemnes; ce caractère négatif est à retenir, il permet de faire le diagnostic.

L'évolution du catarrhe naso-pharyngien tient plus des maladies chroniques que des maladies aiguës. Les enfants toussent pendant des semaines et des mois. Si on les soigne, comme il convient, par un traitement local naso-pharyngé, on obtient

une atténuation, une guérison temporaire ; mais les répétitions, les récidives sont fréquentes. Car il y a un point d'appel, des granulations de la gorge, des végétations adénoïdes, du coryza postérieur, etc. Le moindre refroidissement ramène le catarrhe sur ce terrain tout préparé.

Le pronostic, à tout prendre, n'est pas grave : même négligé et méconnu, le catarrhe naso-pharyngien ouvre peu la porte aux complications, aux infections secondaires. Ce qu'on peut craindre, c'est l'otite moyenne par propagation à la trompe d'Eustache ; la laryngite striduleuse, la bronchite, la broncho-pneumonie peut-être. Mais comme les enfants sont déjà grands, ils sont peu exposés à la redoutable complication broncho-pneumonique. Quant à la tuberculose, elle n'est pas en cause dans l'immense majorité des cas.

En somme, le catarrhe naso-pharyngien est une maladie tenace, mais bénigne.

Comme j'ai eu l'occasion de le dire plus haut, le diagnostic repose sur l'examen direct. Un enfant tousse d'une façon habituelle ou intermittente : la première idée qui se présente à l'esprit est celle de bronchite. On ausculte donc le petit malade et on ne trouve rien.

Alors il faut penser au nez et à la gorge. L'examen direct des narines, les commémoratifs, au besoin la rhinoscopie, diront si la muqueuse pituitaire a été atteinte et si elle est en souffrance. Souvent le simple examen direct de la gorge bien éclairée et bien ouverte suffira pour donner une opinion conforme à la réalité des choses.

Quand nous aurons vu des amygdales plus ou moins grosses et fongueuses, des granulations pharyngées, une muqueuse rouge et tomenteuse, et surtout des écoulements muco-purulents dans l'arrière-gorge, notre religion sera éclairée.

J'ai bien souvent montré à mes élèves de l'hôpital Trousseau et de l'Enfant-Jésus des exemples frappants de cette affection ; à chaque consultation nous étions appelés à voir des enfants dont la toux inquiétait leurs parents ; après les avoir auscultés en vain, j'affirmais que la toux était d'origine pharyngée et l'examen sommaire avec l'abaisse-langue mettait le fait hors de doute.

TRAITEMENT

Le traitement ne présente pas plus de difficultés que le diagnostic ; il doit être général et surtout local.

Le *traitement général* s'impose chez des enfants pour la plupart maigres, pâles, lymphatiques ; on leur donnera de l'huile de foie de morue, du sirop iodo-tannique, une bonne alimentation, la cure d'air et de soleil quand cela sera possible.

Le *traitement local* consiste dans la toilette des cavités nasales et pharyngiennes. Il faut nettoyer la muqueuse des mucosités purulentes qui l'encombrent et modifier sa surface par des antiseptiques. Je ne suis pas pour le siphon de Weber, qui me paraît avoir plus d'inconvénients que d'avantages et qui risque d'infecter l'oreille moyenne par le refoulement des produits septiques dans la trompe d'Eustache.

Mais on peut utiliser les vaporisations, les pulvérisations naso-buccales avec l'eau boriquée, l'eau sulfureuse d'Enghien, Eaux-Bonnes, La Bassère, Challes, etc. Les pulvérisations, faites avec un petit appareil à vapeur, seront répétées matin et soir. Elles sont bien tolérées et n'ont pas d'inconvénients.

On peut aussi, comme le veut M. Gastou, introduire dans les fosses nasales de la vaseline boriquée avec ou sans antipyrine.

Mais, ce qui me semble plus efficace, c'est l'instillation d'une ou deux gouttes d'huile mentholée à 1 p. 40 ou 50, dans chaque narine, la tête de l'enfant étant renversée en arrière :

Huile d'amandes douces.	10 grammes.
Menthol.	0 gr. 25.

Introduire matin et soir deux gouttes de cette mixture dans chaque fosse nasale. On peut encore injecter plusieurs gouttes d'huile résorcinée à 1/20.

Quant au pharynx, on peut se borner aux pulvérisations indiquées plus haut, faire des irrigations, ou des attouchements avec la teinture d'iode pure ou mitigée. Mais le traitement nasal doit être préféré et mis en première ligne.

CATARRHE SUFFOCANT

(Voyez BRONCHITE CAPILLAIRE)

BIBLIOTECA
FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
BIBLIOTECA
FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA

CÉPHALALGIE

En dehors de la migraine (voyez ce mot), qui s'accuse parfois dès la première enfance, le mal de tête est plus rare chez les jeunes sujets que chez les adultes. Cependant, dans la seconde enfance, chez les écoliers des deux sexes, chez ceux qui sont à la fois laborieux et nerveux, qui travaillent beaucoup, qui travaillent le soir à la lumière, on rencontre très fréquemment la céphalalgie qu'on pourrait appeler *céphalée scolaire*, *céphalée par surmenage*.

En dehors de ces conditions pathogéniques, la céphalalgie s'observe très fréquemment chez les enfants dyspeptiques, chez ceux qui font abus des liquides, qui ont l'estomac atonique et dilaté; il y a un lien étroit entre les fonctions digestives et le cerveau, et quand les fermentations gastro-intestinales deviennent anormales ou excessives, la céphalalgie apparaît et manifeste, sinon beaucoup d'acuité, du moins de la continuité, de la permanence. Telle est la *céphalée des dyspeptiques*. Il y a aussi les *céphalées de croissance* (voyez ce mot), sans compter toutes les céphalalgies symptomatiques de maladies encéphaliques, de fièvres, d'infections diverses, de maladies oculaires, d'anémie, de neurasthénie, d'hystérie, d'onanisme, d'uricémie (voyez ce mot).

TRAITEMENT

Le traitement sera avant tout hygiénique : repos physique et cérébral, promenades au grand air, sans fatigue; pas de veilles, pas de soirées. L'enfant se couchera de bonne heure et se lèvera tard.

Son alimentation sera celle des convalescents : purées de légumes et de viandes, panades, œufs, laitages, lait, fruits cuits, etc. On rationnera les liquides, on ne permettra rien en dehors des repas. Si la céphalalgie contractée au collège, à la ville, persiste, on conduira l'enfant à la campagne, on le fera changer d'air.

On donnera des bains tièdes et, si l'enfant les supporte bien,

des douches froides très courtes suivies de massage général, ou mieux le drap mouillé.

Les frictions sèches au gant de crin sont toujours à essayer, elles ne sauraient être nuisibles.

Si l'estomac est atonique, on se trouvera bien d'une cure à la fois alcaline, amère et antiseptique, continuée dix jours, suspendue dix jours, et reprise dans les mêmes conditions. On prescrira, trois fois par jour, avant le repas, dans une cuillère de lait ou d'eau sucrée :

℞ Bicarbonate de soude	} aa	0 gr. 20.
Craie préparée		
Benzo-naphtol		
Poudre de noix vomique		1 centigramme

(n° 30).

Si l'enfant est arthritico-nerveux, on l'enverra à Nérès ou à Bagnères-de-Bigorre : s'il est constipé, il ira à Châtel-Guyon; s'il a la diarrhée, on le dirigera sur Plombières.

CÉPHALHÉMATOME

Le céphalhématome est une hémorragie sous-périostée du crâne ou sus-dure-mérienne. Cette dernière variété (céphalhématome interne) se confond, pour la symptomatologie et le traitement, avec les hémorragies méningées (voyez ce mot). Le céphalhématome externe est une hémorragie sans gravité et toujours accessible à l'intervention directe; elle résulte d'un traumatisme qui a déterminé la formation d'une poche sanguine, fluctuante, limitée à sa périphérie par un bourrelet osseux. L'indolence, la forme arrondie, les limites de cette collection en rendent le diagnostic facile.

TRAITEMENT

Il convient le plus souvent de respecter cette bosse et d'en attendre la résorption spontanée. Pour la favoriser, on applique une couche d'ouate et un bandage légèrement compressif.

S'il y a tension excessive de la poche, on fait une ponction aspiratrice, avec la propreté désirable. S'il y avait suppuration, on ouvrirait largement, et on panserait avec la gaze iodoformée.

BIBLIOTECA
 FACULTAD DE MEDICINA
 BIBLIOTECA
 UNIV. DE MED. BAHIA