

gestion, le plus souvent d'une façon apparemment inconsciente et automatique. Pour obtenir la réussite de cette suggestion, il est indispensable de placer dans la pièce où se trouve le dormeur une pendule sonnante les heures ou un réveille-matin arrêté à l'heure indiquée pour le réveil.

« Il arrive que plusieurs séances de suggestion ont lieu sans donner un résultat satisfaisant ; le traitement est alors généralement interrompu et l'on est autorisé à douter de son efficacité, lorsque la guérison apparaît inopinément.

« Il y a là encore la manifestation d'un artifice de suggestion, car l'expérimentateur ne doit pas manquer d'affirmer au sujet endormi que la préoccupation de se retenir d'uriner pendant son sommeil persistera toujours dans son esprit, même après la cessation du traitement, et que la guérison arrivera nécessairement à bref délai.

« Un fait d'observation courante des plus intéressants, c'est que lorsque l'enfant urine au lit toutes les nuits, on peut presque sûrement compter sur une guérison définitive et rapide par la suggestion hypnotique. Il n'en est pas toujours ainsi lorsque l'incontinence d'urine n'a lieu que de temps en temps. Il est probable que l'incontinence d'urine intermittente est liée à des causes différentes. Elle doit faire songer à l'épilepsie nocturne ; elle est, en tout cas, souvent liée à des accidents névropathiques (rêves, terreurs nocturnes, pollakiurie, etc.).

« J'ai appliqué ce traitement à des enfants de tout âge ; le plus jeune était âgé de 3 ans. »

CONCLUSIONS. — La multiplicité et la diversité des médications proposées contre l'incontinence nocturne d'urine sont une source d'embarras pour le médecin. Voici la règle de conduite que nous conseillons d'adopter.

Avant tout, on soignera l'hygiène alimentaire de l'enfant, on rationnera les liquides, on tonifiera le système nerveux par les douches, les bains sulfureux, les bains salés. L'hygiène thérapeutique étant satisfaite, on essaiera tour à tour la belladone, la strychnine, l'antipyrine, le *Rhus aromaticus* et les médicaments du même ordre.

Si tout cela échoue, on aura recours à l'électrisation directe

du col de la vessie, et en dernier ressort à la suggestion hypnotique.

Il est entendu qu'on se sera assuré préalablement que l'incontinence d'urine est bien essentielle, et non provoquée par un vice de conformation ou une lésion quelconques des organes génito-urinaires

INDIGESTION

L'indigestion ou dyspepsie aiguë est un trouble fonctionnel extrêmement commun chez les nourrissons, elle ne présente pas un intérêt particulier et se confond avec les accidents que j'ai indiqués à l'article DIARRHÉE et à l'article DYSPEPSIE. Cependant, au milieu des troubles dyspeptiques habituels que présente un nourrisson mal nourri, on peut voir éclater des accidents aigus (convulsions) provoqués par un abus alimentaire excessif ou inusité : fruits crus, légumes grossiers, mal cuits, indigestes.

Dans la seconde enfance, l'indigestion résulte de l'introduction d'aliments trop abondants, avariés, insuffisamment mastiqués. Quelquefois l'émotion, un effort, un refroidissement surprenant l'enfant pendant le travail de la digestion, déterminera l'indigestion.

Tantôt l'enfant est pris, après un malaise plus ou moins marqué, de nausées, vomissements, diarrhée. Après d'abondantes évacuations, il s'endort, et tout est fini. Tantôt il accuse de violentes coliques, il ne peut vomir ; son visage devient pâle, se couvre de sueurs ; le pouls est petit, la syncope est imminente. Tantôt une attaque convulsive suivie de coma est la conséquence d'une simple indigestion. Mis en présence d'un enfant qui vient d'être pris de convulsions, on ne manquera pas de s'enquérir de l'heure de son repas et des aliments qu'il aura ingérés : cela a de l'importance et pour le pronostic et pour le traitement.

TRAITEMENT

Souvent l'indigestion a abouti spontanément et rapidement à la guérison ; l'enfant, après des efforts plus ou moins pénibles, vomit, va à la selle, et tout rentre dans l'ordre.

Si ces évacuations n'ont pas lieu, malgré les souffrances du malade, il faut les provoquer. On donnera un vomitif, un ipéca, si le ventre est ballonné, si l'estomac paraît encombré d'aliments (douleurs à l'épigastre, éructations, nausées).

L'ipéca sera d'autant mieux indiqué que l'anxiété sera plus grande, que l'agitation de l'enfant pourra faire craindre les convulsions.

On prescrira :

℞ Poudre d'ipéca	0 gr. 50.
Eau sucrée	50 grammes.

Pour un enfant de 2 ou 3 ans.

Au-dessus de cet âge, on portera la dose à 1 gramme. On fera boire le mélange en une ou deux fois, et on ajoutera quelques gorgées d'eau tiède. Parfois la simple ingestion d'eau chaude suffira pour obtenir des vomissements.

S'il s'est écoulé un temps assez long après le repas (3 ou 4 heures) pour qu'on puisse croire que les aliments ont quitté l'estomac, on s'abstiendra de vomitifs, on appliquera sur le ventre un cataplasme de farine de lin bien chaud, ou bien on fera des frictions avec l'huile de camomille chaude; on réchauffera les membres inférieurs, on mettra des bottes d'ouate autour des jambes. On donnera une infusion de thé, de fleurs d'oranger, de camomille. Enfin on prescrira un purgatif, l'huile de ricin par exemple, à la dose de 10 à 20 grammes suivant l'âge.

℞ Infusion de café	100 grammes.
Jaune d'œuf	N° 4.
Huile de ricin	15 grammes.

Pour un enfant de 4 à 7 ans.

On pourra faire prendre l'huile de ricin mêlée au lait ou entre deux couches de jus d'orange, dans une tasse.

Si la fétidité des selles persiste après l'indigestion, on fera, les jours suivants, l'antisepsie avec le benzo-naphtol ou le bétol associé au bismuth :

℞ Benzo-naphtol	0 gr. 20.
Sous-nitrate de bismuth	0 gr. 20.

Pour un paquet; cinq par jour, à deux heures d'intervalle, dans une cuillerée de lait sucré.

La prophylaxie de l'indigestion consiste dans la surveillance la plus sévère à l'égard de l'alimentation des enfants. Les fruits crus et pas mûrs seront interdits: l'enfant devra manger lentement et mastiquer avec soin ses aliments. S'il ne veut pas le faire, on lui donnera des mets divisés, hachés d'avance, des purées de viande ou de légumes, des soupes, crèmes, compotes, etc.

Quelquefois l'indigestion n'est pas absolue, les accidents sont atténués, et l'on peut espérer la reprise du travail digestif: on favorisera ce travail en faisant marcher l'enfant, en lui faisant prendre un peu de thé léger aromatisé avec du rhum, du kirsch ou du cognac (une cuillerée à café), ou une infusion de tilleul et de feuilles d'oranger sucrée avec du sirop d'anis :

℞ Fleurs de tilleul	} āā . . .	1 gramme.
Feuilles d'oranger		
Eau bouillante	150	—
Sirop d'anis	30	—

Prendre en trois ou quatre fois, à dix minutes d'intervalle.

Il suffit quelquefois d'un peu d'eau sucrée, de sirop de menthe, d'anisette, pour combattre l'ébauche d'une indigestion.

INFARCTUS URIQUES

(Voyez LITHIASÉ RÉNALE et SPASME DE LA VESSIE)

INFLUENZA (Voyez GRIPPE)

INSOMNIE

L'insomnie est rare chez les enfants et doit d'autant plus attirer l'attention. Elle peut dépendre d'une mauvaise hygiène: veillées intempestives, abus des liquides alcooliques ou autres, mets indigestes. Chez les nourrissons, l'insomnie peut tenir à l'abus des spiritueux par les nourrices. Elle peut dépendre du nervosisme des sujets, ou marquer le début d'une maladie, d'une fièvre typhoïde, de la malaria, de la méningite.

TRAITEMENT

Si la dyspepsie est en cause, on veillera sur la régularité des repas, des tétées; on écartera l'excès des liquides, l'usage des spiritueux, du thé, du café, des excitants de toute sorte. Le repas du soir sera réduit au minimum: une tasse de lait, un œuf à la coque.

S'il y a de la constipation, on donnera un lavement purgatif:

℥ Follicules de séné	5 grammes.
Faire infuser dans: Eau bouillante	100 —
Ajoutez sulfate de soude	5 —
Miel de mercuriale	20 —

A partir de l'âge de 12 à 15 mois, on prescrira le soir, au moment du coucher:

℥ Hydrolat de tilleul	50 grammes.
Sirop de codéine	5 —

ou bien:

℥ Bromure de potassium	0 gr. 40.
Hydrate de chloral	0 gr. 10.
Sirop de fleurs d'oranger	30 grammes.

On peut aussi donner le lavement suivant:

℥ Eau de laitue	60 grammes.
Hydrate de chloral	0 gr. 15.
Bromure de potassium	0 gr. 50.
Antipyrine	0 gr. 20.
Jaune d'œuf	n° 1.

Le chloralose, à la dose de 10 à 20 centigrammes le soir dans un peu de lait, servira à combattre l'insomnie.

Le trional serait un hypnotique moins dangereux, qu'on pourrait prescrire en suppositoire ou enrobé dans la confiture, à la dose de 20, 30, 40, 50 centigrammes suivant l'âge, 15 à 30 minutes avant le coucher (CLAUS). Le chloralamide a été également recommandé.

Chez les enfants nerveux, le lavement de valériane rendra des services.

℥ Racine de valériane	10 grammes.
Faire infuser dans: Eau bouillante	100 —
Passez et ajoutez: Asa fetida	1 —
Jaune d'œuf	n° 1.

A recommander également les suppositoires:

℥ Beurre de cacao	2 grammes.
Hydrate de chloral	0 gr. 20.

ou:

℥ Beurre de cacao	2 grammes.
Sulfonal	0 gr. 30.

Si l'impaludisme est en cause:

℥ Beurre de cacao	2 grammes.
Chlorhydrate de quinine	0 gr. 25.

L'insomnie de la seconde enfance, observée chez les écoliers au moment de la croissance et du surmenage intellectuel, sera traitée par le repos physique et moral, par l'air de la campagne, les douches froides, ou le drap mouillé, etc.

Si la syphilis héréditaire tardive était en cause, on prescrirait les frictions mercurielles (2 grammes d'onguent napolitain par jour) et l'iode de potassium.

℥ Iodure de potassium	0 gr. 5 à 1 gramme.
Eau de fleurs d'oranger	30 —
Sirop d'écorces d'oranges	30 —

A prendre en trois fois, au moment des repas.

INTERTRIGO (Voyez ÉRYTHÈME)

INVAGINATION INTESTINALE

De toutes les causes d'occlusion intestinale, l'invagination est la plus fréquente chez les enfants. Dans la première enfance, c'est le gros intestin qui s'invagine; dans la seconde, c'est l'intestin grêle. L'invagination, dans la première enfance, se traduit par des vomissements alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes, par des selles sanglantes; la constipation, en effet, est exceptionnelle, le mélæna peut prendre les proportions d'une grande hémorragie. Dans la seconde enfance, la constipation est la règle comme chez l'adulte; s'il survient de la diarrhée, ce n'est qu'au moment de l'élimination du boudin invaginé. Le ballonnement est modéré ou même nul. Parfois on sent,

dans la fosse iliaque ou le flanc, une *tumeur* mate à la percussion, qui révèle le paquet invaginé; d'autres fois le boudin invaginé apparaît à l'anus, ou peut être senti par le toucher rectal. En pareil cas, le diagnostic est facile, il est très difficile dans les autres cas. Il faut songer au prolapsus rectal, aux polypes du rectum, à la dysenterie, au mélæna des nouveau-nés, à la péritonite, à l'étranglement interne, à la pérityphlite, à l'obstruction par des matières fécales.

TRAITEMENT

Le traitement est médical et chirurgical. Médicalement, on a essayé les purgatifs, qui ne peuvent qu'aggraver la situation, en convulsant l'intestin. On s'en abstiendra, et on aura recours aux narcotiques.

On donnera le laudanum en lavements (I à II gouttes pour 50 ou 100 grammes de véhicule), le chloral en potion (sirop de chloral, une cuillerée à café de deux en deux heures); on pourra même faire des injections de morphine, en procédant par milligrammes (une ou deux divisions de la seringue de Pravaz, contenant une solution à 1 p. 100). On répétera les piqûres toutes les trois ou quatre heures si les douleurs persistent.

Tous ces moyens ne sont que des palliatifs qui calment l'enfant et laissent parfois à la nature le temps d'éliminer le boudin invaginé.

La guérison spontanée s'observe par ce mécanisme une fois sur quatre ou cinq cas.

S'il ne survient pas d'amélioration, il est indiqué d'agir mécaniquement ou chirurgicalement.

On a proposé de réduire l'invagination de bas en haut par les injections rectales gazeuses faites avec le soufflet, l'eau de seltz. On se sert d'une sonde qu'on introduit profondément dans le gros intestin, et on adapte au pavillon de cette sonde le bec du soufflet ou du siphon gazeux. Il faut distendre l'intestin, non pas brusquement, mais progressivement et avec douceur. Cette méthode a donné quelques succès.

On s'est servi également de la potion de Rivière donnée en lavements successifs (n° 1 et n° 2), en ayant soin de fermer l'anus avec la main après le n° 2.

On a proposé aussi l'injection forcée d'eau.

Bucquoy a réussi avec la faradisation, une électrode dans le rectum, l'autre promenée sur l'abdomen.

Boudet de Paris a perfectionné ce procédé; voici en quoi consiste le *lavement électrique* employé par lui. On fait au préalable une injection d'eau salée dans le rectum; on porte ensuite une sonde munie d'un mandrin métallique jusqu'à l'entrée de l'S iliaque; ce mandrin communique avec le pôle positif d'une pile à courants continus; le pôle négatif est appliqué sur le ventre. La séance dure dix minutes; on peut la répéter.

Le lavage de l'estomac a donné quelques succès; on pourra le faire sans inconvénient. Quant aux manipulations abdominales, au massage, il faut en être très sobre.

Les moyens précédents ayant échoué, il ne reste plus que la *laparotomie*, qui permettra d'aller à la recherche du boudin et de le réduire; si l'on échoue, on le réséquera ou on pratiquera l'anus artificiel. Cette dernière opération est faite, sans laparotomie préalable, pour permettre d'attendre l'élimination du boudin d'invagination.

K

KÉRATITES

Les inflammations de la cornée sont très fréquentes et souvent très graves chez les enfants. Elles peuvent être aiguës et compliquer une conjonctivite catarrhale ou purulente; ou chroniques, et elles attestent souvent alors la scrofule ou la syphilis. La syphilis héréditaire porte assez souvent son action sur la cornée et se traduit par une *kératite interstitielle*, diffuse, souvent bilatérale.

La scrofule agit plus superficiellement, plus localement, soit sous forme de kérato-conjonctivite vésiculeuse, soit sous forme d'ulcère de la cornée.

TRAITEMENT

Si la syphilis est en cause, on donnera l'iodure de potassium et le mercure; si c'est la scrofule, on prescrira l'huile de foie de morue, le sirop antiscorbutique, la cure de Barèges, Salies, Salins-Moutiers, Luchon, Saint-Christau.

Comme traitement local, on conseillera le port de verres fumés, et, à leur défaut, d'une large visière ou d'un bandeau peu serré destinés à garantir l'œil photophobique des rayons trop ardents de la lumière solaire.

Tous les jours, et quelquefois deux fois par jour, on instillera une goutte du collyre suivant :

℞ Eau distillée	10 grammes.
Sulfate d'atropine	0 gr. 05.

S'il y a ulcère de la cornée, si l'on craint la perforation de l'œil, on remplacera l'atropine par l'ésérine :

℞ Eau distillée	10 grammes.
Sulfate d'ésérine	0 gr. 05.

En même temps, on portera sur la cornée, avec l'extrémité d'un pinceau ou d'un bâtonnet, un petit fragment de la pomade suivante :

℞ Vaseline	10 grammes.
Précipité jaune	0 gr. 25.

On peut conseiller aussi les irrigations d'eau oxygénée à 3 p. 100, recommandées par Golovin.

On surveillera de près les fosses nasales, dont l'inflammation précède parfois la kératite, et, en traitant le coryza, on fera la prophylaxie des lésions oculaires.

KÉRATODERMIE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS

Cette kératose est localisée à la paume des mains et à la plante des pieds; on distingue : 1° *kératodermie congénitale*, parfois héréditaire et familiale, avec ou sans *nævi*; aux pieds, la surface plantaire est doublée d'un épiderme épaissi et corné;

aux mains, même épaississement de l'épiderme palmaire, c'est le *Tylosis palmæ et plantæ*; 2° *kératodermie acquise*, symétrique aussi, se développant dans la seconde enfance par îlots durs et épais, sortes de durillons symétriques; 3° *kératodermie en foyer*; 4° *kératodermie accidentelle*, survenant sous l'influence des pressions anormales (travaux manuels inusités).

TRAITEMENT

Le traitement n'est que palliatif. On évitera les pressions exercées par des chaussures mal faites, les travaux manuels pénibles; on cherchera à ramollir les parties malades par des bains prolongés, des enveloppements humides, des gants de caoutchouc, des applications de savon mou de potasse. Ballantyne recommande les badigeonnages avec une solution éthérée d'acide salicylique à 5 p. 100. On arrive ainsi à ramollir et à enlever l'épiderme hypertrophié, mais la lésion se reproduit, car il s'agit d'une malformation cutanée ou d'un trouble trophique d'origine congénitale. Comme adjuvant au traitement local, on pourra conseiller une cure à Luchon, Uriage, Saint-Gervais.

KÉRIION (PÉRIFOLLICULITE AGMINÉE)

On désigne sous le nom de Kérion une maladie de la peau déterminée par le trichophyton megalosporon ectotrix du cheval. Cette lésion, assez rare, siège surtout au cou, et m'a paru plus bénigne chez l'enfant que chez l'adulte.

On observe un ou plusieurs larges placards, saillants, verruqueux, dont on fait sortir des gouttelettes de pus par la pression, ce qui permet de distinguer le Kérion de l'eczéma, du lupus, etc.

TRAITEMENT

M. Tenneson traite le Kérion par la grosse curette tranchante qui transforme le Kérion en une plaie simple facilement curable. MM. Besnier, Hallopeau, se contentent des badigeonnages de teinture d'iode faits avec énergie.

Pour mon compte, chez un jeune sujet, j'ai obtenu un succès rapide et complet avec l'*emplâtre de Vigo* laissé en permanence, et c'est ce moyen que je recommande.

KYSTES CONGÉNITAUX

Les kystes congénitaux de l'enfant ont été bien étudiés par Lannelongue et Achard (Paris, 1886). On distingue les kystes dermoïdes, mucoïdes, séreux et divers. Les *kystes dermoïdes* (athéromes, tératomes, inclusions fœtales) envahissent le crâne, la queue du sourcil, la face, le cou, le plancher de la bouche, le palais, la langue, l'abdomen, l'ovaire, etc. Ils sont uni ou multiloculaires; leur contenu est plâtreux, caséux, mêlé de cheveux, dents, os; la paroi offre la structure de la peau. Ils s'expliquent par l'enclavement d'une partie du tégument de l'embryon. Les *kystes mucoïdes* ont la structure des muqueuses; même pathogénie; il y a des tumeurs mixtes. Les *kystes séreux* sont uni ou multiloculaires; leur contenu est une sérosité claire; ils siègent souvent au cou (kystes branchiaux); ils acquièrent parfois un volume énorme; leur origine lymphatique est probable; ils se présentent comme des masses molles, fluctuantes, indolores, irréductibles, difficiles à distinguer des lipomes. Les *kystes divers* dérivent du péritoine, du mésentère, de l'intestin, etc.

TRAITEMENT

La ponction de ces tumeurs est insuffisante, le liquide se reproduit toujours; les injections de teinture d'iode, le séton, l'incision sont dangereux. L'extirpation complète est seule rationnelle, quand elle est possible.

Dans deux cas de kystes séreux trop considérables pour être extirpés, M. Lannelongue a eu recours à l'électrolyse, avec amélioration une fois et aggravation l'autre fois.

KYSTES DE L'OVAIRE

Les kystes de l'ovaire sont souvent congénitaux, soit qu'ils se manifestent dès la naissance par une tumeur plus ou moins volumineuse, soit qu'ils se développent tardivement. Quelques-uns de ces kystes sont dermoïdes et contiennent des fragments osseux, des poils, du cartilage, etc. Le siège du kyste peut être

para-ovarien, occupant la trompe, le ligament large, etc. Les symptômes sont à peu près toujours les mêmes : tumeur assez régulière, donnant au ventre un volume insolite, fluctuation nette ou obscure, matité ne changeant pas avec la position de l'enfant. Quand on ponctionne, on retire un liquide tantôt clair, tantôt huileux, filant, épais.

Le kyste est uni ou multiloculaire. Pour le diagnostic, on ne peut songer au toucher vaginal, mais en combinant le toucher rectal avec le palper abdominal, on apprécie assez bien les connexions de la tumeur, et on peut la distinguer des kystes du péritoine, des tumeurs solides du rein, de l'ascite congénitale ou acquise, de la péritonite chronique tuberculeuse, des abcès par congestion, des abcès tuberculeux mésentériques, des kystes du mésentère, des kystes hydatiques, etc.

TRAITEMENT

Après avoir fait une ponction exploratrice qui permettra de se renseigner sur la nature du kyste, on devra songer à l'extirpation totale par la laparotomie.

Cette opération a été faite souvent et elle a réussi, non seulement dans la seconde enfance, mais chez les nourrissons et les fillettes de quelques mois. D'Arcy Power a publié un cas d'ovariotomie suivi de guérison chez une fille de 4 mois (*Brit. med. jour.*, 5 mars 1898). Incision de 9 à 10 centimètres sur la ligne médiane, entre l'ombilic et le pubis, kyste à parois épaisses et vascularisées; pas d'adhérences; ponction donnant issue à plus de 1 litre de liquide citrin. Extirpation d'une masse pesant près de 1 kilogramme. Guérison en quinze jours. Les parois du kyste, tapissées d'épithélium, étaient formées d'un stroma ovarien contenant de minimes vésicules de De Graaf. Chaque vésicule était kystique, de sorte que le kyste, qui paraissait uniloculaire, était, en réalité, multiloculaire. Dans un autre cas, chez une fillette de 20 mois, opérée avec un égal succès, il s'agissait d'un kyste dermoïde.

Le Dr A. Hue (*Soc. de Chir.*, 18 janvier 1899) a enlevé un kyste dermoïde de l'ovaire gauche chez une fille de 2 ans et demi avec un plein succès : laparotomie sans incident.