

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.

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Les kystes hydatiques du foie, dus à l'enkystement de l'embryon du ténia échinocoque du chien, ne sont pas rares, même chez les enfants, et leur traitement a une réelle importance. Le diagnostic est assez facile quand le kyste siège à la face convexe du foie et se développe vers la paroi abdominale antérieure, où il forme alors une tumeur arrondie, rénitente ou fluctuante, accessible à la ponction exploratrice. Si le kyste se porte vers le diaphragme ou vers la colonne vertébrale, il est très souvent méconnu.

Quand on fait une ponction dans un kyste hydatique, on retire un liquide clair, limpide comme de l'eau de roche, et contenant souvent des crochets. Cela suffit pour le diagnostic : il ne faut pas compter sur le frémissement hydatique.

TRAITEMENT

Le traitement médical par l'iode ou l'iodure de potassium est illusoire : il faut attaquer directement la tumeur. L'enfant étant couché et maintenu ensuite au lit pendant plusieurs jours, on fait une ponction aspiratrice après avoir lavé la peau (sublimé à 1 p. 1 000), l'instrument et les mains de l'opérateur. Quand on a vidé la poche, on injecte au plus 10, 15 ou 20 grammes de liqueur de Van Swieten, et on l'abandonne dans la poche.

On pourrait injecter une quantité plus grande, mais il faudrait la retirer, ce qui n'est pas toujours possible, et l'intoxication serait imminente.

On peut aussi, sans vider la poche, retirer seulement 1 ou 2 grammes de liquide et les remplacer par la même quantité de liqueur de Van Swieten.

Pavy conseille d'introduire le liquide suivant qui tuerait les hydatides :

℥ Eau distillée.	24 grammes.
Extrait mou de fougère mâle.	} aa. . . . 2 —
Liqueur de potasse.	

La ponction simple a aussi donné des succès. Après l'opération, on fera une compression soignée de l'abdomen, avec ouate et bandage de corps et on prescrira le repos absolu. L'urticaire,

malgré toutes les précautions, peut succéder à l'opération. Si le kyste est supprimé, on peut agir de deux façons : par la ponction évacuatrice suivie d'injections de sublimé à 1 p. 1 000, de sulfate de cuivre à 1 p. 100, d'eau naphtolée saturée. Quand on injectera le sublimé, on aura soin de le retirer et de faire une injection supplémentaire d'eau salée ou alcoolisée.

Tous ces procédés ont donné des succès. Mais il peut y avoir plusieurs poches, le liquide peut se reproduire, des accidents infectieux peuvent se montrer : reste alors la cure radicale, la laparotomie, que beaucoup de chirurgiens préfèrent à la ponction.

KYSTES HYDATIQUES DU POU MON

Les kystes hydatiques du poumon et de la plèvre sont aussi rares dans l'enfance que ceux du foie sont relativement fréquents. Quelquefois il y a d'ailleurs coïncidence d'hydatides dans le foie et dans le poumon. Chez un garçon de 6 ans (*Clin. Soc. of London*, 10 mars 1899), M. Betham Robinson a opéré un kyste du foie et peu après un kyste du sommet du poumon droit ayant le volume d'une orange. Guérison. Comme symptômes thoraciques, il y avait de la toux, de la voussure avec matité. Quand le kyste siège à la base, on a des symptômes d'épanchement pleurétique, et on croit à une pleurésie. Quelquefois la tumeur fait saillie au dehors et simule l'empyème de nécessité. Mais, dans tous les cas, la ponction exploratrice, donnant un liquide clair comme de l'eau de roche, lèvera les doutes.

Abandonné à lui-même, le kyste se termine par rupture dans les bronches (vomique, expectoration sanglante, purulente, fétide, avec hydatides plus ou moins reconnaissables).

TRAITEMENT

Il ne faut pas s'attarder au traitement médical. Si le kyste est accessible, après une ponction exploratrice qui a permis d'établir le diagnostic, on devra faire la pleurotomie, avec résection costale, évacuation complète du liquide et extirpation de la poche. On drainera et on pansera aseptiquement. C'est la conduite tenue par M. Robinson (résection d'une partie de la deuxième côte, pleurotomie); elle a été suivie d'un plein succès.

L

LARYNGITE AIGUË SIMPLE

L'inflammation aiguë du larynx, causée par le froid, la rougeole, la grippe, etc., s'annonce par de l'enrouement, une toux creuse, un picotement à la gorge souvent pénible. On pense au croup, mais il n'y a pas de fausses membranes dans le pharynx : la terminaison est rapide, sauf les cas de complications broncho-pulmonaires.

Dans les laryngites aiguës simulant le croup, il est important aujourd'hui d'ensemencer le mucus de la gorge sur sérum de bœuf et de porter à l'étuve à 37° pour s'assurer qu'il n'y a pas de diphtérie. Généralement la culture donne du *streptocoque*, ou du *staphylocoque*.

TRAITEMENT

On enveloppera le cou d'ouate ou de flanelle, on mettra de la teinture d'iode ou un cataplasme sinapisé. Les bains de pieds chauds et sinapisés sont très utiles pour décongestionner les parties supérieures.

Enfin le vomitif est indiqué dans la plupart des cas.

On insistera sur l'usage de l'aconit et de la belladone :

℞ Teinture de belladone	} āā.	10 grammes.
Alcoolature de racine d'aconit		

X gouttes, matin et soir, dans une tasse de lait tiède ou une infusion sucrée de fleurs pectorales, de bourrache, de capillaire, des quatre fleurs.

On sucrera la tisane avec 30 grammes de sirop de tolu, de gomme ou de violettes.

Si la toux est fréquente, si la laryngite descend vers la trachée et les bronches, on donnera le kermès ou l'oxyde blanc d'antimoine :

℞ Julep gommeux	60 grammes.
Oxyde blanc d'antimoine	0 gr. 50.
Sirop de codéine	5 grammes

Par cuillerées à café de deux en deux heures.

LARYNGITES CHRONIQUES.

℞ Looch blanc	60 grammes.
Kermès minéral	0 gr. 50.

Par cuillerées à café.

On pourra donner également des pastilles d'ipéca, de kermès (3 à 4 par jour).

Ne pas oublier, dans tous les cas, les pulvérisations d'eau boriquée toutes les deux ou trois heures.

LARYNGITES CHRONIQUES

La laryngite chronique est rare chez les enfants, elle peut être syphilitique ou tuberculeuse; elle peut succéder à une laryngite aiguë, à une rougeole. Elle se traduit par de l'enrouement, de l'aphonie, de la toux; elle peut se compliquer de péri-chondrite, d'abcès sous-muqueux, d'œdème de la glotte, etc.

Mais tous ces accidents de la phtisie laryngée sont incomparablement moins fréquents chez les enfants que chez les adultes.

TRAITEMENT

Quand on soupçonnera la syphilis, on soumettra immédiatement l'enfant aux frictions mercurielles et à l'iodure de potassium. Quand celle-ci sera hors de cause, on prescrira l'huile de morue, les toniques (fer, quinquina), les eaux thermales (Luchon, Cauterets, Bagnères-de-Bigorre, Uriage, Saint-Honoré, Enghien, le Mont-Dore).

On pourra faire, à domicile, des pulvérisations avec les eaux d'Enghien, Challes, Eaux-Bonnes, Labassère.

On fera, en s'aidant du laryngoscope, des badigeonnages intra-laryngiens avec l'acide lactique dilué ou pur, le menthol, la créosote :

℞ Créosote pure	1 gramme.	
Alcool	4 —	
Glycérine	60 —	
℞ Menthol	} āā.	2 grammes.
Camphre		
Triturez et ajoutez : Huile	50 —	

Instillez quelques gouttes dans le larynx.

BIBLIOTECA

On placera l'enfant trois ou quatre fois par jour, pendant dix minutes, devant un pulvérisateur contenant la solution suivante :

℞ Essence de feuilles d'eucalyptus	3 grammes.
Alcool rectifié	75 —
Eau distillée	170 —

Ou bien :

℞ Résorcine	2 grammes.
Eau distillée	200 —

On prescrira le repos de l'organe (parole, chant), la chaleur. On appliquera des cataplasmes sinapisés, de la teinture d'iode au-devant du cou.

En cas de tirage et d'asphyxie, la trachéotomie s'impose.

LARYNGITE STRIDULEUSE

La laryngite striduleuse, faux croup, asthme de Millar, est une laryngite simple, compliquée de spasme, propre aux jeunes enfants (2 à 5 ans). Elle débute la nuit, par un accès de suffocation accompagné d'une toux aboyante, spéciale, qui effraie l'entourage et fait craindre le croup.

L'accès peut être unique ou multiple; il peut être précédé de coryza et suivi de bronchite. La laryngite striduleuse se distingue du croup par son début soudain, en pleine santé, par le calme absolu qui sépare les accès, par la guérison rapide. Cependant, dans quelques cas, la similitude du faux croup avec le croup d'emblée est telle que la trachéotomie a pu devenir nécessaire.

En cas de doute, on ne manquera pas de faire l'examen bactériologique (ensemencement du mucus de la gorge sur sérum).

Il faut penser aussi au spasme de la glotte (maladie des enfants plus jeunes), à l'abcès rétro-pharyngien (examiner la gorge), aux corps étrangers des voies aériennes (commémoratifs).

TRAITEMENT

Au milieu de la nuit, quand l'enfant vient d'être pris, on le rassure par de bonnes paroles, on lui met des bottes d'ouate, on

applique une éponge imbibée d'eau chaude sur le larynx, on lui donne un vomitif.

Si l'on est autorisé à faire de la révulsion au-devant du cou, cette révulsion doit être sèche, et jamais on ne doit appliquer de vésicatoire, car la diphtérie est possible. La teinture d'iode pourra être employée comme le cataplasme sinapisé.

On traitera la maladie comme un rhume; l'enfant sera gardé à la chambre; il prendra des boissons chaudes, une potion expectorante, des antispasmodiques :

℞ Julep gommeux	60 grammes.
Kermès minéral	0 gr. 05.

Par cuillerées à café de deux en deux heures.

℞ Bromure de potassium	0 gr. 50.
Sirop de belladone	10 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges	30 —

Par cuillerées à café dans la journée.

Dans les cas sérieux et répétés, on augmentera la dose de bromure (2 à 4 grammes par jour).

℞ Chloroforme	X gouttes.
Glycérine	5 —
Sirop de tolu	20 —
Eau	60 —

Par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure au moment de l'accès.

℞ Lait tiède sucré	1 tasse.
Jaune d'œuf	N° 1.
Sirop de chloral	1 cuillerée.
Bromure de sodium	1 gramme.

En trois fois la nuit.

(ARCHAMBAULT.)

℞ Hydrolat de laitue	60 grammes.
Sirop de codéine	4 —
— de fleurs d'oranger	20 —
Alcoolature d'aconit	X gouttes.

Par cuillerées à café d'heure en heure.

Si l'asphyxie est menaçante, avant de recourir à la trachéotomie, on essaiera les tractions rythmiques de la langue saisie avec une pince (LABORDE). Ou bien, à l'exemple de C. Paul, on pourra dilater la glotte avec une pince à polypes recourbée ou un dilatateur à trachéotomie.

Ce procédé a réussi chez un enfant de 14 mois qui avait eu des accès inquiétants trois nuits de suite.

Pour le reste du traitement, voyez LARYNGITE AIGÜE SIMPLE. On fera la prophylaxie de la laryngite striduleuse en veillant à la perméabilité des fosses nasales, en opérant les végétations adénoïdes, en réduisant l'hypertrophie amygdalienne, qui prédisposent au stridulisme.

LARYNGO-TRACHÉITE PHLEGMONEUSE

Sous l'influence des maladies qui, comme la rougeole, la grippe, la fièvre typhoïde, etc., exaltent la virulence des microbes pyogènes (streptocoques, staphylocoques) ou même spontanément, les enfants peuvent être pris de phénomènes de sténose laryngée simulant le croup. Touchard a insisté sur les laryngites aiguës simples de cette nature et montré qu'il fallait savoir attendre, la trachéotomie pouvant être évitée dans la plupart des cas.

Quelquefois l'infection laryngo-trachéale détermine la formation d'un abcès muqueux, d'une périchondrite suppurée, qui entraîne assez rapidement des phénomènes d'asphyxie et impose une trachéotomie ou un tubage d'urgence.

Deux fois, mon ami le Dr Coulon a été obligé d'intervenir en pareil cas; l'incision de la trachée a été suivie d'un écoulement purulent immédiat, mais la mort n'a pu être évitée. Dans un de ces cas, que j'ai été appelé à voir, il s'agissait d'une fillette de 6 à 7 ans, prise d'abord de grippe et de broncho-pneumonie grippale avec aphonie, tirage et cornage au moment de la convalescence; il n'y avait rien dans la gorge. La culture des mucosités pharyngées a montré qu'il s'agissait de streptocoques sans bacille de Loeffler.

Un jour l'enfant a présenté une crise de suffocation qui a forcé la main au médecin; la trachéotomie, malgré l'ouverture de l'abcès laryngo-trachéal, n'a pu sauver la malade.

Le Dr Marevéry, dans un cas semblable de *laryngite phlegmoneuse sous-glottique*, chez un enfant de 4 ans et demi, a été plus heureux, le malade a guéri par la trachéotomie (*la Médecine infantile*, 1894, p. 469).

Le Dr Moure (de Bordeaux) a vu aussi, à la suite de la grippe,

une périchondrite aiguë siégeant au niveau du cricoïde et des premiers anneaux de la trachée, avec abcès sous-glottique, qu'on put constater *de visu* avec le laryngoscope; guérison.

Dans tous ces cas on pense à la diphtérie, et le seul moyen de faire le diagnostic est d'ensemencer un tube de sérum gélatinisé avec le mucus de la gorge: au bout de vingt-quatre heures d'étuve à 37°, on saura si le bacille de Loeffler est présent ou absent.

TRAITEMENT

Pour prévenir ces accidents, qui ne sont en réalité que des infections aggravées ou secondaires, on aura pour principe, dans toutes les maladies infectieuses, et en particulier dans la rougeole, dans la grippe, voire dans le rhume simple, de faire des irrigations naso-bucco-pharyngées, et des pulvérisations à vapeur (plusieurs fois par jour), de façon à inonder les premières voies digestives et respiratoires; l'asepsie de ces cavités, où fourmillent les microbes, s'opposera aux phlegmons, aux suppurations sous-muqueuses et sous-périostiques.

La maladie s'étant déjà manifestée par la toux, l'aphonie, le tirage, on continuera les inondations boriquées ou salicylées, et on se tiendra prêt à intervenir.

Le tubage ou la trachéotomie peuvent devenir urgents d'un moment à l'autre. Ces opérations seront faites avec toutes les précautions antiseptiques. Les pulvérisations seront continuées après l'opération.

LENTIGO

Sous le nom de *lentigo*, *éphélides*, *taches de rousseur*, on décrit des taches rondes ou lenticulaires plus colorées que le reste de la peau, allant du jaune clair au brun foncé, occupant surtout la face, le dos des mains, le cou, etc. Cette anomalie de la pigmentation est fréquente chez les femmes et les enfants, chez les sujets à peau fine, chez les roux.

TRAITEMENT

On recommandera de ne pas exposer les enfants à l'action du soleil qui favorise l'hyper-pigmentation, on leur fera porter

des chapeaux à larges bords. L'attaque directe des taches de lentigo se fait avec des antiseptiques plus ou moins énergiques, en premier lieu le sublimé (solutions depuis 1/200 jusqu'à 1/100, 1/50). Le savon noir appliqué pendant huit à dix heures, la teinture d'iode, les acides dilués, l'eau oxygénée, les pommades soufrées, mercurielles, le citron, etc., sont parfois très efficaces.

Voici la pratique du Dr Besnier :

- 1° Frictionner avec du savon noir;
- 2° Appliquer pendant la nuit parties égales d'emplâtre de Vigo et de vaseline;
- 3° Le matin laver à l'eau chaude et appliquer pendant le jour la pommade suivante :

℞ Vaseline	20 grammes.
Kaolin	} aa 5 —
Carbonate de bismuth.	

LÈPRE

La lèpre, éléphantiasis des Grecs, est une maladie infectieuse et contagieuse causée par le bacille de Hansen. Elle est rare en Europe, où il n'en existe que quelques foyers bien connus (Norvège). Après une période prodromique parfois très longue (fièvre intermittente, douleurs, etc.), la lèpre se caractérise par une éruption : érythème, macules, taches blanches, mutilations, etc. Les enfants ne naissent pas lépreux, ils le deviennent par contagion.

TRAITEMENT

Dans les pays lépreux, on pratique l'isolement en grand pour préserver les populations de la contagion. Dans les pays indemnes, où la lèpre n'existe qu'à l'état sporadique, la séquestration n'est pas indispensable et la surveillance suffit. Dans les hôpitaux, à Saint-Louis notamment, les quelques lépreux qui s'y trouvent n'ont jamais donné naissance à des cas intérieurs.

Parmi les médicaments proposés contre la lèpre, il faut citer : l'*huile de Chaulmoogra*, qui se prescrit par gouttes dans le thé, le café, à la dose de X gouttes matin et soir, en augmentant de

V gouttes par jour jusqu'à C, puis on diminue, on laisse un intervalle de quelques semaines avant de recommencer; l'*huile de gurjum* (1 à 6 grammes); l'*ichtyol* (0^{gr},5 à 1 gramme).

LEUCOCYTHÉMIE

La leucocythémie est beaucoup plus rare chez les enfants que chez les adultes; elle se traduit par l'augmentation des globules blancs du sang, par l'hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques, par la pâleur des téguments, par des hémorragies et une cachexie progressive qu'on peut rarement enrayer. Von Jacksh a décrit, sous le nom d'*anémie pseudo-leucémique*, et Luzet a retrouvé une forme intermédiaire entre la leucémie et l'anémie splénique, et qui se caractériserait par la formation dans le sang de cellules rouges à noyau (retour à l'état embryonnaire).

TRAITEMENT

Le remède le plus employé contre la leucocythémie et la pseudo-leucémie est l'arsenic; on prescrira l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler, dont le titre est à 1 p. 100 : V à X gouttes par jour dans un peu de lait; de liqueur de Pearson, dont le titre est à 1 p. 600 (XXX à L gouttes); de liqueur de Boudin, dont le titre est à 1 p. 1000 (5 à 10 grammes par jour).

On donne l'arsenic à doses progressives, en allant jusqu'aux limites de l'intoxication. Si l'estomac tolère mal le médicament, on fera des injections sous-cutanées avec V à VI gouttes de la liqueur de Fowler, dont l'eau de mélisse sera remplacée par l'eau de laurier-cerise :

℞ Acide arsénieux	1 gramme.
Carbonate de potasse	1 —
Eau de laurier-cerise	3 —
Eau distillée	95 —

Henoeh conseille le mélange suivant :

℞ Chlorhydrate de quinine	0 gr. 03.
Fer réduit	0 gr. 03.
Poudre d'eucalyptus	0 gr. 25.

Pour un paquet, à prendre matin et soir.