

pourra essayer la méthode sclérogène de M. Lannelongue (injections de chlorure de zinc à 1 p. 20).

L'évidement, la résection, l'extraction des esquilles sont indiqués rarement. On peut obtenir la guérison, lente il est vrai, par les moyens médicaux, au premier rang desquels figurent l'huile de foie de morue, les sirop iodés, les bains salés, les bains de mer.

SPLÉNO-PNEUMONIE

La spléno-pneumonie est une congestion particulière du poumon, une sorte de pneumonie subaiguë qui simule une pleurésie avec épanchement (GRANCHER). Le poumon gauche est plus souvent pris que le droit.

La grippe, la tuberculose, l'albuminurie, le rhumatisme, peuvent être incriminés. Il y a, au début de la fièvre, un point de côté, de la toux, une expectoration gommeuse avec les signes d'un épanchement modéré. Mais la ponction exploratrice ne donne pas de liquide. La radiographie montre une ombre qui indique la condensation du poumon. Les signes physiques persistent quelquefois plusieurs semaines.

TRAITEMENT

On a fait dans quelques cas une série de ponctions blanches, on a été même jusqu'à la pleurotomie, la résection costale, croyant avoir affaire à une collection purulente profonde, à un abcès enkysté que le trocart n'avait pu déceler.

Dans les cas de moyenne intensité, on se contentera des badigeonnages iodés, des ventouses, des vésicatoires. En même temps on mettra les enfants dans de bonnes conditions hygiéniques : cure d'air, etc.

STÉNOSE DU PYLORE

Chez l'adulte la sténose pylorique est due presque toujours à un cancer du pylore, quelquefois elle est cicatricielle (ulcère de l'estomac). Chez l'enfant, la sténose cancéreuse est inconnue, la sténose cicatricielle se rencontre quelquefois.

Le Dr Krassnobaëff (*Soc. de Péd. de Moscou*, avril 1897) a vu trois fillettes de 12, 9 et 7 ans entrer à l'hôpital pour des vomissements qui se répétaient sans cesse depuis plus ou moins longtemps, avec dilatation de l'estomac, séjour des aliments pendant de longues heures et même plusieurs jours, constipation, amaigrissement, etc. La première malade, morte cachectique après quinze mois de séjour à l'hôpital et quatre ans de maladie, présenta à l'autopsie un pylore rétréci par un tissu cicatriciel, suite d'ulcère rond peut-être, avec dilatation considérable de l'estomac. Dans les deux autres cas, il n'y a pas eu mort, donc pas de vérification anatomique. L'auteur se prononce pour l'intervention chirurgicale.

A côté de ces sténoses pyloriques acquises, il y aurait lieu de décrire, d'après les observations de Meltzer (*Medical Record*, 20 août 1898), de Ed. Cautley (*Brit. med. jour.*, nov. 1898), de Still (*Path. Soc. of London*, 17 fév. 1899), un rétrécissement congénital du pylore, contesté d'ailleurs par Pfaundler (*Wien. Klin. Woch.*, 1898) qui n'y voit qu'une contracture fréquente au début de la vie.

Des enfants, bien portants à la naissance, ne tardent pas à vomir sans raison, d'une façon presque incessante, quel que soit le mode d'alimentation auquel ils sont soumis; les matières vomies ne contiennent pas de bile. En même temps que les vomissements, on note la constipation, les cris, l'agitation, l'insomnie. Bientôt se montre un amaigrissement qui fait de rapides progrès et qui, en quelques semaines, deux ou trois mois au plus, aboutit au dernier degré de l'athrepsie.

Quand on examine le ventre, on ne le trouve pas distendu et ballonné dans sa totalité, comme dans les cas d'occlusion intestinale, de dilatation congénitale du côlon, etc. Tout au plus voit-on la région épigastrique bombée et tympanique, ou bien peut-on sentir l'estomac formant une tumeur globuleuse sous la main.

La palpation attentive de la région pylorique fait sentir une petite masse arrondie et dure, une tumeur qui met sur la voie du diagnostic.

En l'absence de ce signe, il est permis d'hésiter et d'invoquer tour à tour une mauvaise alimentation, une mauvaise nourrice, une gastro-entérite, un catarrhe de l'estomac, etc.

Le pronostic est des plus sombres, et la survie, dans la plupart des cas, ne saurait être longue, elle se chiffre par quelques semaines, quelques mois au plus. Dans quelques cas cependant, on a noté une durée plus longue et on a pu parler de guérison.

L'anatomie pathologique montre, outre la dilatation de l'estomac et de l'œsophage en amont de l'obstacle, l'intégrité de l'intestin et en général de la muqueuse du tube digestif tout entier. Les parois stomacales distendues sont amincies au niveau de la grosse tubérosité; elles sont de plus en plus épaissies à mesure qu'on se rapproche du pylore. Ce dernier présente un anneau épais et dur, de 2 ou 3 centimètres de long, se terminant nettement à ses extrémités stomacale et duodénale. La cavité est généralement rétrécie et ne laisse passer qu'une sonde d'un tout petit calibre. Parfois cependant elle est assez grande et même normale, d'après quelques observations. La muqueuse est froncée, revenue sur elle-même, mais non altérée.

Au-dessous d'elle, le tissu conjonctif est normal, mais les fibres musculaires qui forment une sorte de sphincter autour du pylore sont notablement épaissies, hypertrophiées, sans trace de processus inflammatoire ou néoplasique.

Dans la seconde enfance, les lésions ne sont plus les mêmes et on peut trouver une rétraction cicatricielle, consécutive à un ulcère ou à une lésion inflammatoire quelconque.

TRAITEMENT

Le traitement est des plus ingrats; le lavage de l'estomac, le massage, l'électrisation, les bains, n'ont donné que des améliorations momentanées.

La laparotomie, pratiquée dans quelques cas, n'a pas abouti, peut-être à cause du jeune âge et de la faiblesse des sujets. Dans la seconde enfance, elle s'imposera, et, même chez les nourrissons, on ne peut pas dire que la gastro-entérostomie, faite en temps opportun, soit fatalement vouée à un échec.

STERCOROME

La constipation opiniâtre de certains enfants peut aboutir à la production de véritables tumeurs abdominales qui donnent le change pour des néoplasmes. C'est la *tumeur stercorale* ou *stercorome infantile*, affection parfois grave, pouvant entraîner la mort. (Voyez *Arch. de Médecine des Enfants*, 1899, p. 102.) On sent, en palpant l'abdomen, quand il n'est pas trop tendu, une ou plusieurs masses dures, irrégulières ou arrondies, mobiles, indolores, qui simulent le carreau. Si l'on fait une grande irrigation intestinale, on obtient une débâcle qui fait évanouir ces fausses tumeurs.

Mais le stercorome peut être plus tenace (cas de Demons, *Congr. de Chir.*, 1896) : un enfant de 8 ans présente une tumeur allant de l'appendice xyphoïde au pubis; on pense à un néoplasme; mais les doigts marquent leur empreinte sur cette masse, le toucher rectal fait sentir un bloc qui se continue avec la tumeur abdominale. Le traitement mécanique, les grandes irrigations la firent disparaître.

Chez un garçon de 15 ans (Dr Dubourg, *Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux*, 20 mai 1898), constipé depuis dix-huit mois, on trouve une tumeur sous-ombilicale grosse comme les deux poings. Le toucher rectal n'indique rien. On pense à une tumeur du mésentère et on fait la laparotomie; le côlon descendant rempli par une masse stercorale est incisé, la masse est retirée, on suture; guérison. La tumeur, contenant à son centre des pépins de raisin, pesait 720 grammes.

TRAITEMENT

Au point de vue du traitement on doit distinguer deux phases :

1° *Période médicale*, marquée par de la constipation simple qui peut durer depuis longtemps, quarante-cinq jours dans le cas de Charon et Gevaert. On fera de grandes irrigations tièdes avec une sonde à double courant ou une sonde de Nélaton (n° 20 à 24) enfoncée profondément; le malade de Charon et Gevaert, âgé de 7 ans, reçut pendant trois jours de suite une

irrigation de 3 litres d'eau boriquée. Puis on fit des massages abdominaux et on donna de la strychnine.

On peut prescrire les paquets suivants :

℞ Scammonée	0 gr. 10.
Magnésie calcinée	} āā. 0 gr. 25.
Rhubarbe	
Poudre de noix vomique	0 gr. 02.

Pour un paquet; trois par jour dans une cuillerée d'eau sucrée (enfant de 6 ans).

2° *Période chirurgicale*, caractérisée par la présence d'une ou plusieurs tumeurs; on essaiera le traitement précédent, et s'il échoue on fera le curettage, l'excitation électrique (un pôle dans le rectum, l'autre sur l'abdomen). Ce traitement ayant échoué et l'obstruction intestinale ne pouvant être écartée, on fera la laparotomie.

STOMATITE APHTEUSE (Voyez APHTES)

STOMATITE ÉRYTHÉMATEUSE

L'inflammation simple de la muqueuse buccale, sous l'influence de la dentition, de l'allaitement artificiel, de brûlures légères, se traduit par un gonflement avec rougeur de la muqueuse, salivation, et quelquefois par le dépôt sur les gencives d'exsudats épithéliaux plus ou moins abondants (*stomatite pultacée*).

La stomatite érythémateuse et pultacée est souvent le prélude ou l'accompagnement de stomatites plus sérieuses, d'ulcérations, etc.

TRAITEMENT

On aura pour but de veiller à l'asepsie de la bouche à l'aide de lavages au chlorate de potasse; la salive étant souvent acide, on emploiera concurremment les alcalins :

℞ Chlorate de potasse	5 grammes.
Bicarbonate de soude	5 —
Eau bouillie	150 —

Faire matin et soir un lavage de la bouche avec un tampon d'ouate hydrophile trempé dans cette solution.

Si la maladie résiste, si la gencive se décolle autour du

collet des dents, laissant suinter du sang, du muco-pus, on touchera ces points avec un pinceau trempé dans le collutoire suivant :

℞ Teinture d'iode	10 grammes.
Glycérine	20 —

Si la bouche est douloureuse, on touchera légèrement avec :

℞ Chlorate de potasse en poudre	10 grammes.
Sirop de mûres	30 —
Teinture d'opium	0 gr. 10.

On prescrira en même temps une hygiène alimentaire convenable, le régime lacté (lait bouilli ou stérilisé).

STOMATITE HERPÉTIQUE

(Voyez HERPÈS)

Le traitement de la stomatite herpétique (herpès buccal avec inflammation de la muqueuse) ne diffère pas du traitement de la stomatite érythémateuse, de la stomatite impétigineuse, de la stomatite aphteuse et de toutes les variétés simples de stomatites. Il est inutile d'insister.

STOMATITE IMPÉTIGINEUSE

L'*impetigo contagiosa* des enfants peut, de la face, gagner la muqueuse buccale, et donner lieu à une stomatite diphtéroïde, dans laquelle MM. Sevestre et Gastou ont trouvé le staphylocoque doré.

Les ulcérations siègent à la face interne des lèvres, des joues, à la langue, aux gencives; elles sont irrégulières de forme, blanc grisâtre d'aspect; elles coïncident généralement avec des croûtes d'impétigo larvalis, avec la tourniole, avec la conjonctivite phlycténulaire.

TRAITEMENT

On fera laver la bouche de l'enfant avec la solution de chlorate de potasse à 5 p. 100, et on touchera les ulcérations avec le collutoire suivant :

℞ Borax	10 grammes.
Miel blanc	20 —

STOMATITE PULTACÉE

(Voyez STOMATITE ÉRYTHÉMATEUSE)

**STOMATITE ULCÉREUSE ET
ULCÉRO-MEMBRANEUSE**

Il y a plusieurs variétés de stomatite ulcéreuse :

1° La *stomatite ulcéro-membraneuse* de J. Bergeron, qui est parasitaire et contagieuse, et se présente sous forme d'ulcérations multiples assez profondes sur les gencives et les joues, avec salivation, fétidité de l'haleine, adénopathie sous-maxillaire.

Un exsudat nécrobiotique recouvre les ulcérations et leur donne un aspect diphtéroïde. Mais cet exsudat n'est pas adhérent, et s'il contient parfois des spirilles, il ne recèle jamais le microbe de Loeffler. Il ne rappelle que de loin le *noma* (voyez ce mot), dont le siège est profond, dont le processus est nettement gangreneux.

Les ulcérations de l'herpès, de l'impétigo, de la fièvre aphteuse, de la varicelle, ont beaucoup moins d'étendue et de profondeur, et ne s'accompagnent que rarement d'une adénopathie intense.

2° Les *ulcérations* d'origine dentaire provoquées par l'éruption laborieuse des canines ou des molaires de la première ou de la seconde dentition. Toutes ces stomatites peuvent être confondues en thérapeutique; elles sont justiciables des mêmes agents.

TRAITEMENT

Le chlorate de potasse, *intus et extra*, a été donné comme un véritable spécifique de la stomatite ulcéro-membraneuse.

A l'intérieur, on ne dépassera pas la dose de 2 grammes par jour pour un enfant de 5 à 10 ans, à cause de la toxicité probable du médicament :

℥ Chlorate de potasse	2 grammes.
Julep gommeux	100 —

Par cuillerées à soupe de 2 en 2 heures.

STOMATITE ULCÉREUSE.

A la rigueur, l'action locale suffit; on fera des attouchements et des lavages fréquents. Pour lavages de la bouche, on prescrira :

℥ Chlorate de potasse ou borax	5 grammes.
Mellite de roses	30 —
Eau bouillie	200 —

Faire rincer la bouche de l'enfant 5 ou 6 fois par jour.

Pour badigeonnages ou attouchements des ulcérations au pinceau, on formulera ainsi :

℥ Chlorate de potasse	4 grammes.
Miel rosat	10 —
Glycérine	20 —

Toucher 3 ou 4 fois par jour les parties malades.

℥ Borax	10 grammes.
Bicarbonate de soude	5 —
Sirop de mûres	30 —

℥ Borate de soude	10 grammes.
Miel blanc	20 —

℥ Acide salicylique	2 grammes.
Glycérine	20 —

(BARIÉ.)

Dans les cas rebelles, on emploiera la teinture d'iode pure ou mitigée par la glycérine :

℥ Teinture d'iode	10 grammes.
Glycérine	20 —

Le permanganate de potasse a une action également très efficace :

℥ Eau distillée	150 grammes.
Permanganate de potasse	1 —

Toucher au pinceau trois fois par jour.

On prescrira en même temps les pastilles au chlorate de potasse, au nombre de trois ou quatre à sucer dans la journée. L'enfant sera mis à la diète lactée, et isolé s'il s'agit de stomatite ulcéro-membraneuse.

S'il y a une dent cariée, on procédera à son extraction.

Si l'adénopathie sous-maxillaire suppure, on incisera au bistouri.

STRABISME

On dit qu'il y a strabisme quand la ligne visuelle d'un œil forme un angle avec la ligne de l'objet visé.

Le strabisme est *périodique* ou *intermittent* quand il ne se montre que par moments, *alternant* quand il affecte, à tour de rôle, les deux yeux, *convergent* quand l'œil regarde en dedans, *divergent* quand il regarde en dehors.

Pour reconnaître l'œil strabique, on couvre un œil avec la main et on fait fixer un objet à 30 centimètres. On découvre alors l'œil caché, et si l'œil occupé à fixer se dévie, on en conclut qu'il est strabique.

Le strabisme peut dépendre d'anomalies de la réfraction et de l'accommodation, de troubles cérébraux, de tares nerveuses, de malformations et lésions musculaires, etc. Le strabisme convergent se déclare surtout chez les hypermétropes, vers 3 ou 4 ans, à la suite de convulsions, fièvres éruptives, diphtérie, typhoïde; il peut guérir spontanément à la puberté. Le strabisme divergent se voit surtout chez les myopes et ne guérit pas spontanément.

TRAITEMENT

Le strabisme convergent peut être traité sans opération, par la méthode orthoptique, suivie pendant des mois et des années. On fait d'abord une cure d'atropine de huit jours, qui permet de calculer le degré de l'hypermétropie. Ensuite on fait porter constamment des verres convexes qui corrigent l'hypermétropie. On ferme tous les jours, pendant une heure ou deux, l'œil bon avec une louchette.

Quant au traitement chirurgical, à la ténotomie ou l'avancement musculaire, il est destiné à supprimer la déviation disgracieuse, mais il ne peut rétablir la vision binoculaire.

STROPHULUS

Le strophulus, ou lichen aigu simple des petits enfants, se présente sous forme de petites papules arrondies ou acuminées,

opalines, discrètes, prurigineuses au moins au début, souvent excoりées par les grattages.

L'éruption occupe la face, les mains, les avant-bras et différents points du corps. Elle est surtout commune chez les nourrissons dont l'alimentation laisse à désirer.

Le strophulus se distingue de l'urticaire par la petitesse et la dureté de ses éléments, par leur persistance plus grande.

Le prurigo a des papules plus petites, plus souvent excoりées; il affecte des enfants plus âgés et présente une durée plus longue; enfin il est beaucoup moins discret.

Il y a cependant des cas dans lesquels urticaire, strophulus, prurigo semblent se mêler, se confondre; ils coexistent ou se succèdent chez le même sujet. Toutes ces éruptions, en effet, relèvent d'une auto-intoxication gastro-intestinale et méritent le nom de *toxidermies*. Le strophulus, comme l'urticaire, peut se transformer et aboutir à cette affreuse et désespérante maladie qu'on appelle *prurigo de Hébra*.

TRAITEMENT

Pour calmer les démangeaisons du début, on peut poudrer avec le lycopode, l'amidon, le talc, ou avec le mélange suivant :

℥ Oxyde de zinc	} aa.	10 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.		
Poudre d'amidon	30	—
Menthol	1	—

Si les poudres ne réussissent pas, on fait des lotions avec :

℥ Menthol	5 grammes.
Eau-de-vie camphrée	100 —

ou des onctions avec :

℥ Vaseline	50 grammes.
Acide tartrique	4 —

W. Dubreuilh conseille des lotions le soir, au moment du coucher, avec :

℥ Vinaigre aromatique	300 grammes.
Acide phénique	5 —

On poudre ensuite avec talc additionné de 1 p. 100 d'acide salicylique.

On peut aussi faire une onction avec :

℞ Huile d'amandes douces	50 grammes.
Menthol	2 à 5 grammes.

En même temps on surveillera le régime alimentaire de l'enfant, réglant les tétées s'il est au sein, écartant les aliments indigestes et irritants s'il est sevré. Quand il y a de la diarrhée, on la combat par les remèdes appropriés; on donne un laxatif en cas de constipation.

Enfin on fait l'antisepsie intestinale :

℞ Benzo-naphtol	0 gr. 40.
Bicarbonate de soude	0 gr. 05.
Salicylate de bismuth	0 gr. 05.

Pour un paquet; cinq à six par jour dans un peu de lait sucré.
(Enfants de 6 à 18 mois.)

SUBLUXATION SPONTANÉE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

On rencontre des enfants qui, au moment d'ouvrir la bouche, perçoivent un craquement au devant des oreilles, et ne peuvent plus mâcher, les dents ne se rencontrant plus. Il y a subluxation spontanée de l'os maxillaire inférieur, sans douleur, sans traumatisme. Quand la bouche est fermée, le condyle de la mâchoire reprend sa place et les dents se correspondent. Non seulement la mastication, mais aussi la parole sont gênées. La subluxation bilatérale est évidente, elle se reproduit à chaque abaissement de la mâchoire et se réduit à chaque élévation. Quelquefois il n'y a qu'un côté pris et la mâchoire est alors asymétrique.

Le D^r L. Beurnier a rencontré trois cas de cette subluxation du maxillaire chez des fillettes de 9 ans, 12 ans, 13 ans (*Journal des Praticiens*, 2 juillet 1899). Les craquements observés dans les trois cas indiquaient de l'arthrite sèche (altération du ménisque interarticulaire).

TRAITEMENT

On conseillera des aliments mous ou liquides, n'exigeant aucune mastication, et on appliquera une mentonnière en cuir moulé embrassant le maxillaire inférieur, munie de lacs élastiques attachés au sommet de la tête et reliés entre eux par une courroie élastique demi-circulaire postérieure.

Le maxillaire ainsi bridé ne peut exécuter qu'un abaissement de 1 centimètre. L'appareil sera porté jour et nuit pendant plusieurs mois. Il a donné deux succès à Beurnier. En cas d'échec, on serait obligé de suturer le ménisque au périoste.

SUDAMINA

Les sudamina sont des vésicules ou bulles fines, absolument transparentes, éphémères, siégeant dans les couches les plus superficielles de l'épiderme, et laissant à leur suite une desquamation furfuracée. On les voit dans les régions où la peau est lisse et mince : cou, aisselles, poitrine, aines.

Ils seraient dus à la rétention de la sueur dans les glandes sudoripares obstruées par des cellules épidermiques.

Ils sont très communs et très abondants au moment de la défervescence des maladies aiguës fébriles : fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, grippe, pneumonie, etc. Leur apparition est de bon augure. Pas de troubles fonctionnels, pas de démangeaisons.

Pour les reconnaître, il faut regarder attentivement et à jour frisant. Il y en a de petits, ponctuels, miliaires, et de grands, bulleux, étalés. Parfois la desquamation est abondante et simule celle de la rougeole ou de la scarlatine.

TRAITEMENT

Il n'y a aucun traitement à instituer. Tout au plus doit-on saupoudrer les parties atteintes avec l'amidon, le talc, le lycopode. Aucune complication à craindre.