

des alternatives de diarrhée et de constipation, des céphalées migrainoïdes, de la pâleur, etc. Ces enfants sont des dyspeptiques, à estomac dilaté et atonique, pour lesquels il faut formuler un régime sévère destiné à améliorer les fonctions de l'estomac et à faire disparaître secondairement la maigreur. Ces enfants maigres, anémiques, languissants, sont le plus souvent d'anciens rachitiques, dont l'estomac a été forcé dans la première enfance par une alimentation intempestive.

L'amaigrissement rapide et profond est la règle dans la convalescence des maladies aiguës et en particulier de la fièvre typhoïde; en général la maigreur, si rapidement acquise, disparaît promptement et peut même faire place à l'obésité.

Ce qu'il est difficile de traiter, c'est la maigreur de certains adolescents ayant subi une poussée de croissance, ayant souffert de la sédentarité, du surmenage scolaire; parfois ces sujets sont des nerveux, des hystériques, des neurasthéniques, qui refusent de manger, qui jeûnent obstinément en alléguant l'inappétence. Le Dr Collins, de Londres, a vu un de ces cas d'anorexie nerveuse avec maigreur excessive (poids réduit à 15 kilogr.) chez une fillette de 7 ans. Deux mois après l'admission à l'hôpital, cette enfant pesait 22 kilogrammes. En pareil cas, il faut, en effet, soustraire les malades au milieu familial et les traiter comme des névrosés dans une maison de santé.

Le régime de la maigreur doit viser : 1° à augmenter les recettes alimentaires; 2° à diminuer les dépenses nutritives. Cette double indication, on le voit, est absolument contraire à la double indication de l'obésité. Chez l'obèse, on interdisait les féculents, les hydrocarbures, les substances sucrées; chez l'enfant maigre, on prescrira précisément ces substances : purées de pommes de terre, purées de légumes secs, poissons gras, viandes pulpées. Tous les aliments seront réduits en purée, afin de faciliter le travail de l'estomac et d'accroître l'absorption. On donnera du lait, des graisses émulsionnées, des huiles de poisson (huile de morue) quand elles seront bien acceptées. Le gavage pourra être indiqué chez les enfants absolument récalcitrants et ayant de l'anorexie hystérique. On multipliera les repas (toutes les 5 heures).

Comme boisson on donnera surtout la bière, qui facilite l'engraissement. On prescrira l'arsenic, le cacodylate de soude ou l'arrhéнал. Pour restreindre les dépenses nutritives, les sujets seront condamnés au repos, vêtus chaudement, privés d'exercice dans la mesure raisonnable. On ne leur donnera pas de douches froides, mais des bains tièdes et des douches chaudes ou tempérées. On les protégera contre les rayons du soleil, tout en les faisant vivre au grand air.

On s'inspirera en un mot de la pratique suivie dans les sanatoriums consacrés aux phtisiques, où l'on vise l'engraissement des malades et où on l'obtient par les moyens que nous venons d'indiquer.

## III

## MIGRAINE

La migraine n'est pas rare chez les enfants, quoique la plupart des Traités de pathologie infantile la passent sous silence. Cependant Hensch, dans ses leçons cliniques, Descroizilles, dans son *Traité des maladies des enfants*, lui consacrent une courte notice. Quelques auteurs ont le tort de confondre la migraine vraie avec les diverses céphalées de l'enfance, les douleurs des anémiques, des dyspeptiques, des névrosés, les douleurs de croissance, de surmenage, qui méritent à peine le nom d'états *migrainoïdes*.

Le Dr Collignon (*Union médicale du Nord-Est*, 28 février 1895) a observé la migraine chez sa propre fille et en a rencontré d'autres exemples chez des enfants de sa clientèle. La migraine existe, cela est indiscutable, chez les enfants, garçons ou filles; elle est assez fréquente, assez précoce, et presque toujours directement héréditaire.

On peut définir la migraine une névrose paroxystique, du groupe arthritique, caractérisée par des accès douloureux hémicrâniens durant en moyenne 24 heures et s'accompagnant de nausées ou de vomissements. Tantôt ces accès sont simples, tantôt ils sont compliqués de manifestations lumineuses ou colorées qui constituent la *migraine ophthalmique*.

**Étiologie.** — La migraine vraie est héréditaire : quand on prend avec soin l'observation des enfants atteints de migraine, on voit que leurs parents, le père ou la mère, parfois les deux ensemble, ont souffert ou souffrent encore de cette maladie. Sur 20 observations que j'ai recueillies, ces dernières années, les antécédents héréditaires ont pu être relevés 19 fois; or, dans ces 19 cas, l'hérédité de la migraine s'affirme nettement. 15 fois sur 19, c'est la mère de l'enfant qui a eu la migraine; une fois, la mère n'était pas migraineuse, mais hystérique, sa sœur (tante de l'enfant) avait eu la migraine, et sa mère (grand'mère de l'enfant) était mélancolique. Donc, 15 fois sur 19, j'ai trouvé l'hérédité migraineuse dans la ligne maternelle. Les 4 autres fois l'hérédité se retrouvait du côté paternel. Dans la voie collatérale, on peut trouver aussi la migraine (un frère), ou une tare nerveuse plus grave, l'idiotie par exemple.

Hensch souligne de son côté l'hérédité paternelle ou maternelle de la migraine. Il a vu plusieurs enfants de la même famille payer tribut à la maladie. Deux frères et sœur de 10 et 8 ans souffraient depuis un an déjà d'accès caractérisés (douleur frontale avec nausées et vomissements, photophobie, nécessité de rester dans une pièce obscure et tranquille). Dans l'un de ces cas, au moment des douleurs, il y avait surexcitation extatique et grande sensibilité des cheveux au peigne, qui ne disparaissait pas complètement dans l'intervalle des accès. Ces accès se répétaient tous les deux mois environ, pendant 2 à 4 jours. Le père souffrait aussi de la migraine.

J'ai trouvé, chez deux de mes petits migraineux, du strabisme; chez un

troisième, de la gravelle urique; chez plusieurs autres, le nervosisme exagéré ou l'hystérie. L'hérédité similaire s'est donc affirmée dans toutes mes observations, et cette hérédité a été plusieurs fois renforcée par la coexistence, soit chez les ascendants, soit chez les collatéraux, d'autres tares arthritiques ou nerveuses plus ou moins graves. Cela peut permettre de classer la migraine dans la famille névropathique.

« Tous les auteurs, dit Ch. Féré, s'entendent pour considérer la migraine comme une maladie de famille et très fréquemment héréditaire, et, d'autre part, elle est souvent en rapport par l'hérédité avec l'épilepsie, la folie, l'hystérie, etc. Elle a surtout des analogies avec l'épilepsie, se manifestant aussi sous forme de mal. » Cet état de mal migraineux, décrit par Féré, je ne l'ai pas observé dans l'enfance. On a dit que les femmes étaient plus souvent migraineuses que les hommes; ma statistique confirme, pour l'enfance, cette prédominance du sexe féminin. Sur 20 cas, je compte 8 garçons et 12 filles; mais ces chiffres sont trop restreints pour autoriser une conclusion, et, dans la recherche des antécédents héréditaires, nous retrouvons 15 fois l'influence maternelle pour 4 fois l'influence paternelle.

« De l'accord de tous les auteurs, disent Gubler et Bordier dans leur article *Migraine* du Dictionnaire encyclopédique, les femmes sont plus exposées que les hommes à l'affection qui nous occupe; elle apparaît rarement avant l'âge de 15 ans, rarement aussi pendant la vieillesse; le début de la menstruation et la ménopause sont les deux périodes opposées qui la voient le plus fréquemment naître. »

Ces auteurs ont fait à l'enfance une part trop minime dans l'histoire de la migraine; je n'ai pas vu moins de 20 cas de migraine avérée au-dessous de 15 ans: à 6 ans (2), à 7 ans (5), à 8 ans (2), à 10 ans (4), à 11 ans (4), à 12 ans (5). Chez ces petits migraineux la maladie avait débuté trois fois à 2 ans, deux fois à 4 ans, deux fois à 5 ans, trois fois à 6 ans, trois fois à 8 ans, quatre fois à 9 ans, trois fois à 10 ans. Voilà qui montre bien la précocité trop méconnue de la migraine. Hensch déclare de son côté que la migraine n'est pas beaucoup plus rare chez les enfants que chez les adultes. Il croit que le nombre des cas s'élève notablement surtout vers 12 à 15 ans, et qu'il faut en accuser les exigences exagérées que la pédagogie actuelle impose au cerveau des enfants:

« Parmi les causes occasionnelles, il n'y en a pas de plus fréquente que l'atmosphère et le travail intellectuel de l'école, de sorte qu'il faut renvoyer un grand nombre d'enfants chez eux. J'ai vu aussi les émotions de toute sorte, la crainte d'une punition, les réprimandes, donner lieu aussitôt à un accès. Éloignés de leur milieu habituel, à la campagne, dans une ville d'eau, les enfants sont d'ordinaire entièrement exempts de ces accès qui se reproduisent bientôt après le retour à la maison. »

En effet, bien que la migraine soit une maladie diathésique, ses paroxysmes sont influencés par les conditions extérieures, par les fatigues physiques ou cérébrales, les contrariétés, les chagrins, les impressions sensorielles exagérées, le bruit, les odeurs fortes, les indigestions, etc. Veut-on éloigner les accès, les rendre moins fréquents et moins pénibles, on devra éloigner

toutes ces causes d'excitation, tous ces agents provocateurs de la migraine. Le séjour à la campagne est le moyen le plus sédatif à employer.

À côté de la migraine héréditaire et essentielle, il faut faire une petite place à la migraine symptomatique des lésions nasales, des tumeurs adénoïdes, que les spécialistes nous ont fait connaître, mais que, pour ma part, je n'ai pas rencontrée.

**Symptômes.** — Le tableau symptomatique de la migraine est, dans ses grandes lignes, le même à tous les âges de la vie.

L'enfant est pris de douleurs vives, contusives, lancinantes ou térebrantes, occupant le crâne, avec prédominance du côté droit ou du côté gauche, suivant les cas. Il m'a toutefois semblé que, chez les jeunes sujets, la céphalalgie n'était pas aussi nettement *hémicrânienne* que chez les adultes. Du vertex, des régions pariétales ou frontales, la douleur s'irradie souvent vers l'orbite et s'accompagne parfois de scintillements et de visions colorées plus ou moins pénibles. Il y a toujours de la photophobie et l'obscurité est recherchée par les malades. Dans quelques cas, la prédominance des troubles oculaires permet de décrire une variété de migraine dite *ophtalmique*.

Chez les tout petits enfants, chez les nourrissons, la migraine, quand elle se déclare à cet âge, peut être méconnue, parce qu'elle affecte des allures particulières, tenant moins à la nature de ses manifestations qu'à la réaction spéciale des jeunes sujets. Il y a, dans la première enfance, des *migraines frustes*, il ne faut pas l'oublier. Par exemple, voici une fillette de 10 ans 1/2, migraineuse, dont les accès ont débuté de très bonne heure. Actuellement ces accès sont classiques (douleur céphalique propagée à l'œil, vomissements, etc.). Mais, au début, quand l'enfant n'avait encore que 2 ans, elle traduisait sa migraine par des cris soudains, des vomissements, une agitation considérable qui, après 2 ou 3 heures, faisaient place à une somnolence de 5 à 6 heures.

La douleur de tête est le phénomène capital dans la migraine, elle ne manque jamais. À la céphalalgie sont associés des troubles digestifs, l'anorexie, les nausées, les vomissements bilieux. Les vomissements ne manquent pas plus chez les enfants que chez les adultes; ils sont atténués, supprimés ou prévenus, par le décubitus horizontal, dans une chambre obscure et silencieuse. Tous les symptômes pénibles d'ailleurs sont amendés par le repos au lit, le silence et l'obscurité. Les impressions fortes, par n'importe quel sens (ouïe, odorat, vue), sont exaspérantes dans la migraine.

Tant que dure l'accès, l'anorexie est absolue; c'est à peine si quelques boissons tièdes peuvent être ingérées sans dégoût (thé léger, tisane sucrée).

L'accès de migraine a une durée variable: il est plus court dans la première que dans la seconde enfance; tandis que la phase d'excitation douloureuse ne dure que 2 ou 3 heures chez les nourrissons, elle atteindra 12, 24, 36 et même 48 heures dans la seconde enfance. Il est vrai que les accès prolongés comportent des rémissions qui les rendent moins pénibles. La durée moyenne de l'accès de migraine est de 24 heures (une journée entière). L'accès débute le matin, souvent même la nuit, avant le lever du soleil,

comme la goutte, l'asthme, l'épilepsie; il s'atténue le soir, mais peut se prolonger la nuit suivante. Chez quelques enfants la migraine, par l'intensité de ses symptômes propres, ou par l'adjonction de symptômes inusités, devient inquiétante; le dernier accès de la fillette citée plus haut avait été accompagné de fièvre, de vomissements répétés, d'un abattement profond; un petit garçon avait du délire suivi de prostration. L'accès terminé, tout rentre dans l'ordre, et la santé se rétablit sans convalescence. Cependant quelques enfants sortent de la migraine brisés, courbaturés, ou simplement las et inertes. Ils sont pour quelques jours incapables de tout effort physique et cérébral. Une sorte de torpeur éphémère les a envahis.

Le retour des accès varie suivant les sujets, et, chez le même sujet, suivant l'âge, le milieu où il vit, l'hygiène qu'il suit. Éloignés au début par des intervalles d'un ou plusieurs mois, les accès vont en se rapprochant quand l'enfant avance en âge, au point de se répéter, 2, 3, 4 fois par mois et davantage; quelques enfants ont des accès 2 fois par semaine.

Le séjour à la campagne, dans de bonnes conditions hygiéniques, affaiblit l'intensité et la fréquence des accès; le retour à la ville, les fatigues de l'école, la sédentarité, l'air confiné augmentent les paroxysmes. Le surmenage scolaire a une influence marquée sur les enfants migraineux. Chez les filles, l'établissement de la menstruation redouble les accès, quand il n'en marque pas le début.

Mais, quelles que soient la fréquence et l'intensité des crises, il est à noter que, dans leur intervalle, les enfants sont en parfaite santé et n'accusent aucune douleur de tête, aucun embarras des voies digestives. Cette accalmie intercalaire est caractéristique.

Les enfants atteints de migraine peuvent présenter d'autres manifestations nerveuses ou arthritiques du même genre. Deux de mes petits malades étaient affectés de strabisme; un troisième était très nerveux; un quatrième, également nerveux, avait de l'anesthésie pharyngée; un cinquième avait de la gravelle urique et des arthralgies uricémiques.

Tous ces enfants portaient les stigmates ou offraient les manifestations de la diathèse neuro-arthritique. Les autres jouissaient d'une bonne santé, d'un équilibre nerveux parfait, et ne laissaient transparaître aucune autre tare. Il est vrai que, dans l'enfance, la diathèse neuro-arthritique n'a pas eu le temps d'acquiescer tout son développement; elle n'existe qu'en germe et rien n'assure le jeune migraineux contre les échéances lointaines de la diathèse protéiforme dont il porte l'empreinte: goutte, asthme, gravelle, obésité, diabète, hystérie, etc.

Chez la plupart des enfants soumis à mon observation, j'ai cherché en vain les lésions nasales, auriculaires, pharyngées auxquelles la migraine pourrait être attribuée. La migraine de l'âge puéril, comme celle de l'âge mûr, est donc une névrose, sans lésion anatomique appréciable.

La migraine étant nettement déclarée chez un enfant, comment évoluera-t-elle, quel avenir est réservé au petit malade, quel est le pronostic de la maladie? En général, quand la migraine débute dans la première enfance (chose assez rare), elle se présente d'abord par accès très éloignés; puis,

avec les années, les accès se répètent et s'accroissent jusqu'à l'âge adulte, pour décliner ensuite et disparaître au seuil de la vieillesse. Il est à craindre, quand la migraine débute aussi tôt, que l'enfant n'ait par la suite d'autres manifestations plus ou moins graves de l'arthritisme; cet avènement précoce des paroxysmes indique une puissance plus grande de la diathèse, avec prise de possession plus complète de l'organisme, une hérédité plus lourde. Si la migraine débute plus tard, dans la seconde enfance, au moment de la puberté, elle est moins grave, quoique persistante; on voit les accès se répéter périodiquement à chaque époque menstruelle, pendant de longues années, pour s'éteindre à la ménopause.

Parfois, le cas s'est reproduit dans les faits que j'ai observés, la migraine se montre vers l'âge de 10 ou 12 ans, et cesse, 2 ou 3 ans après, quand la menstruation s'est établie. En somme la durée de la maladie, sauf les exceptions, est très longue; commençant dans l'enfance, la migraine ne finira qu'à un âge plus ou moins avancé. Elle présente son maximum d'intensité à l'âge adulte pour décliner ensuite avec le progrès des années. La maladie se termine spontanément et naturellement, après une durée presque toujours longue, dont le terme ne peut être prévu, ni avancé par une thérapeutique quelconque.

Si nous pouvons atténuer les manifestations paroxystiques de la migraine par une hygiène et des remèdes appropriés, nous n'avons qu'un faible pouvoir sur la diathèse héréditaire qui les alimente. Le pronostic, bénin quant à la vie qui n'est pas menacée par les accès, est sérieux quant à la durée indéfinie de la maladie et à la multiplicité de ses paroxysmes. Chez l'enfant, la migraine est moins sévère que chez l'adulte; elle est moins douloureuse, moins annihilante, moins accablante; ayant commencé plus tôt, elle doit finir plus tôt. Mais quand on voit l'arthritisme s'annoncer, dès le premier âge, par des exacerbations violentes, on doit craindre qu'il ne se traduise plus tard par des accidents plus graves.

Un enfant est aujourd'hui migraineux, ne sera-t-il pas demain asthmatique, goutteux, graveleux, diabétique, etc.? En présence de la migraine infantile, on doit faire, à ce point de vue, les plus expresses réserves.

La migraine se complique parfois de manifestations cérébrales qui en aggravent le pronostic. Par exemple, un garçon de 13 ans, observé par le Dr W. RUSSELL (*Brit. med. journ.*, 2 mai 1903), ayant la migraine périodique depuis sa naissance, a présenté ensuite vers l'âge de 7 ans, des accès accompagnés d'ophtalmoplégie: chute de la paupière gauche, strabisme externe, mydriase (paralysie du moteur oculaire commun). Cette ophtalmoplégie gauche, d'abord intermittente, est devenue ensuite permanente, avec aggravation au moment des accès de migraine.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la migraine est généralement facile: le retour des douleurs à intervalles plus ou moins éloignés, parfois nettement périodique, la localisation hémicranienne de ces douleurs, les irradiations oculaires (photophobie, etc.) et stomacales (nausées, vomissements), l'état parfait de la santé générale pendant les périodes intercalaires, tout cela forme un ensemble suffisamment caractéristique de la migraine. On doit s'appliquer à distinguer, de la migraine vraie, les autres céphalées si com-

munes dans l'enfance, et qu'on peut à la rigueur désigner sous le nom de *migrainoïdes*. C'est surtout dans la seconde enfance que ces céphalées migrainoïdes apparaissent; tantôt elles se montrent chez des enfants nerveux, hystériques, ou candidats à l'hystérie, sous forme de douleurs vagues, frontales ou en casque; ces douleurs sont continues ou rémittentes, sans photophobie, ni nausées, ni vomissements, ni périodicité.

Parfois la céphalalgie est simulée ou exagérée par certains enfants qui, trop entourés et trop gâtés par leurs parents, veulent se rendre intéressants. Ces céphalées, à marche irrégulière et sans localisation nette, n'ont rien de commun avec la migraine. Chez d'autres enfants, la céphalalgie coïncide avec l'anémie ou la chlorose, elle est un symptôme de l'appauvrissement sanguin.

Ailleurs la céphalalgie est attribuable à l'asthénopie accommodative bien décrite par Maurice Perrin; elle survient surtout au moment de la lecture et de l'écriture, surtout à la lumière; elle est fronto-orbitaire et disparaît avec le repos visuel et des lunettes appropriées.

Une autre variété de céphalalgie très commune chez les enfants est celle qui accompagne les troubles digestifs, la dyspepsie habituelle, les excès alimentaires, l'usage prématuré des boissons alcooliques ou excitantes (vin, café, thé, etc.). Cette céphalalgie est presque toujours quotidienne, elle s'accompagne souvent d'insomnie, d'agitation, de sueurs, de frayeurs nocturnes. Elle est commune chez les enfants polydipsiques, qui boivent trop à leurs repas et en dehors des repas.

Quant à la céphalalgie de croissance, dont on a parlé beaucoup (R. Blache), et à laquelle il faudrait rattacher la céphalalgie des écoliers, des enfants qui se surmènent pour passer de brillants examens, elle se distingue aisément de la migraine. Elle survient en effet à l'occasion des travaux intellectuels, de la lecture, de l'écriture, elle disparaît par le repos à la campagne, et par la suppression de toute fatigue cérébrale. Elle affecterait surtout les enfants de souche neuro-arthritique. La céphalalgie de croissance est rare, en dehors des milieux urbains, des collèges, des pensions où la jeunesse vit dans des conditions de claustration et de sédentarité contraires aux besoins naturels d'un organisme qui grandit et se développe. Chez les enfants qui habitent la campagne, chez les petits paysans, même quand ils ont une croissance rapide, on ne rencontre pas de ces céphalalgies.

Parmi les maladies infectieuses, le paludisme peut prendre le masque de la migraine; il faudra y songer dans les pays à endémie palustre, quand on verra des enfants présenter une céphalée intermittente, sans antécédents héréditaires qui puissent l'expliquer. On soumettra cette céphalée à l'épreuve de la quinine.

Il me suffira de mentionner les douleurs de tête plus ou moins violentes de la méningite, de l'encéphalite, de l'abcès du cerveau, de la tumeur cérébrale, etc. Ces douleurs sont atroces, continues, souvent localisées en un point fixe, et bientôt accompagnées de symptômes plus graves (convulsions, paralysies, etc.).

Henoch qui, dans ses leçons cliniques, a donné une bonne description de la migraine infantile, croit qu'on peut la confondre avec les céphalées

symptomatiques d'une lésion cérébrale, tumeur, tubercule, etc. Il dit que ces affections peuvent se manifester pendant longtemps uniquement par des douleurs de tête présentant tous les caractères de la migraine; mais il ajoute que le diagnostic peut être établi par l'observation longtemps prolongée des intervalles qui séparent les accès et par l'examen attentif des conditions étiologiques. Il ne faut pas, en effet, se borner à l'étude de l'accès auquel on assiste ou à l'occasion duquel on est consulté; il faut remonter à l'origine première des accidents, en étudier la marche et le retour, interroger les parents, rechercher l'hérédité similaire. Dans les cas difficiles, tous ces renseignements seront nécessaires. Les douleurs de tête qui dépendraient de l'onanisme, des vers intestinaux, sont vagues, sans paroxysmes accusés; leur origine sera dévoilée par une enquête soigneuse.

**Traitement.** — On ne guérit pas la migraine, pas plus qu'on ne guérit l'asthme, la goutte et la plupart des maladies diathésiques.

Tout ce qu'on peut espérer, c'est d'atténuer les manifestations paroxystiques, c'est aussi d'éloigner les échéances par un traitement général et une hygiène bien comprise. Si nous sommes impuissants vis-à-vis d'une disposition héréditaire, dit Henoch, nous pouvons combattre avec succès l'influence de l'excès de tension intellectuelle. Et il ajoute qu'il a obtenu des succès en faisant retirer les enfants des lycées des villes pour les mettre dans un pensionnat à la campagne. S'il est impossible d'obtenir cela, il faut du moins recommander la modération dans les travaux intellectuels, les récréations fréquentes, les longues vacances. Pendant les vacances, on conduira les enfants à la campagne, à la mer, à la montagne. S'ils sont nerveux, excitable, agités, ils se trouveront bien de certains climats sédatifs, Bagnères-de-Bigorre par exemple. Les migraineux sont, avant tout, des nerveux et doivent être traités comme tels.

On essaiera les douches froides et le bromure de potassium. Les douches devront être courtes (10 à 15 secondes); elles peuvent être remplacées par les affusions froides, le drap mouillé, les frictions sèches, les bains salés ou sulfureux. Le bromure de potassium sera prescrit à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour, pendant une ou deux semaines, puis suspendu pendant huit jours et repris quand l'agitation persiste.

On conseillera en même temps les exercices physiques, les jeux de plein air, la course, la gymnastique, la vie au dehors le plus possible. La claustration, la sédentarité sont pernicieuses. Henoch recommande les bains froids et la natation, qui joignent à l'action sédative de l'eau froide l'action tonique de l'exercice physique. Il professe que le séjour au bord de la mer, dans les bois et les montagnes, le repos de l'esprit agissent mieux que tous les médicaments. Dans un des cas que j'ai observé, le séjour à la campagne a produit une interruption d'un an dans les accès de migraine.

Aux enfants chlorotiques et anémiques, on donnera le fer; aux lymphatiques et scrofuleux, l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, etc.

Si l'on soupçonnait la syphilis héréditaire, on aurait recours à l'iode de potassium.

Quant à la quinine, son usage s'impose non seulement dans les pays à

malaria, mais dans la plupart des cas; le sulfate de quinine, tonique vasculo-nerveux, a une puissante action dans toutes les affections douloureuses qui dépendent d'une congestion des éléments nerveux; or les phénomènes vasomoteurs semblent jouer un grand rôle dans la migraine. On donnera, au début de l'accès, 15 ou 20 centigrammes de sulfate, de chlorhydrate, de bromhydrate ou de chlorhydro-sulfate de quinine; on pourra répéter cette dose toutes les 2 ou 3 heures, dans les cas intenses. Il ne faut pas songer à faire prendre par la bouche, au moment des accès, un médicament quelconque, surtout la quinine, à cause des nausées et vomissements qui feraient tout rejeter. On prescrira des suppositoires ainsi composés :

Beurre de cacao. . . . .	2 grammes.
Sel de quinine. . . . .	0 <sup>gr</sup> ,20

pour un suppositoire, qu'on introduira dès le début de l'accès, et qu'on pourra réitérer 2 ou 3 fois dans la journée.

L'antipyrine, très recommandée chez les migraineux adultes, peut aussi trouver son emploi chez les enfants; c'est un excellent médicament de l'accès de migraine; on la donnera aussi en suppositoires de 30 à 50 centigrammes, si l'enfant ne peut l'avaler dans un peu d'eau sucrée ou de sirop.

On pourra donner jusqu'à 2 et 3 grammes d'antipyrine par jour dans la seconde enfance. S'il y a de l'agitation, de l'insomnie, du délire, on ajoutera un peu de chloral aux suppositoires de quinine :

Beurre de cacao. . . . .	2 grammes.
Bromhydrate de quinine . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,50
Hydrate de chloral. . . . .	0 <sup>gr</sup> ,15

pour un suppositoire.

Au moment de l'accès, l'enfant devra prendre le lit et garder le décubitus horizontal, dans une chambre obscure, à température plutôt fraîche (15° à 16°), dont les rideaux seront tirés. Le silence et l'obscurité dans le repos sont très recherchés par les migraineux et leur procurent un véritable soulagement. Par contre, le bruit, la marche, les excitations lumineuses exaspèrent les douleurs de tête.

La diète, pendant toute la durée de l'accès, est de rigueur; d'ailleurs les aliments ne sont pas désirés; on se contentera de quelques boissons acidulées (limonades citrique ou tartrique), de thé ou de café légers, etc. Quelques médecins ont conseillé la caféine, que son action tonique rapproche de la quinine.

Le régime alimentaire, en dehors des accès, doit être surveillé de très près, surtout si l'enfant est dyspeptique, les indigestions ramenant facilement les accès. On devra surtout rationner les liquides, dont l'abus conduit si souvent à la dyspepsie.

Si les enfants migraineux sont en même temps obèses, graveleux, uricémiqnes, on les traitera, dans l'intervalle des accès, par un régime spécial, par les alcalins, par les eaux de Contrexéville, Évian, Vittel, etc.

## IV

## ASTHME

L'asthme est une névrose respiratoire paroxystique, caractérisée par des accès de dyspnée intense avec catarrhe bronchique, revenant à intervalles plus ou moins longs. L'intermittence des paroxysmes, mais une intermittence peu régulière, échappant à toute prévision, fait donc partie intégrante de l'asthme.

**Étiologie.** — L'asthme n'est pas une maladie des voies respiratoires, quoiqu'il se manifeste par des troubles profonds de la respiration. C'est une maladie générale de la nutrition, une diathèse, dont l'hérédité éclaire la nature et l'origine. On aurait tort de ne voir dans ces accès si subits et si courts, mais si pénibles et si effrayants, que des manifestations fortuites et accidentelles, atteignant au hasard et sans avertissement préalable des sujets quelconques. Pour qui sait voir et qui veut scruter les antécédents personnels et héréditaires des enfants asthmatiques, un lien de parenté se montre entre ce trouble morbide et d'autres manifestations plus ou moins dissemblables. Bien évidemment l'asthme fait partie du groupe naturel des affections *neuro-arthritiques*, qui ne sauraient être séparées, car elles forment un tout compact et indissoluble.

L'*arthritisme*, cette diathèse si commune, tient sous sa dépendance l'asthme, la migraine, l'obésité, la goutte, la gravelle, le diabète, certaines dermatoses, etc. L'asthme est donc une manifestation arthritique et, à ce titre, il est essentiellement héréditaire. L'hérédité peut être directe, *similaire*, les parents asthmatiques engendrant des enfants asthmatiques; ou indirecte, *dissemblable*, l'asthme infantile dérivant de la goutte, de la gravelle, de la migraine, de l'obésité des ascendants. Souvent l'asthme saute une génération; le grand-père est asthmatique, le fils ne l'est pas, le petit-fils le devient. Il peut même sauter deux générations.

L'arthritisme se perpétue à travers les générations successives, atténué ou aggravé par des croisements heureux ou malheureux, par des pertes ou des acquisitions individuelles, le patrimoine pouvant être appauvri ou enrichi par la descendance, mais il persiste et ses traits sont toujours reconnaissables. La parenté de l'asthme avec les autres manifestations arthritiques s'affirme donc par l'hérédité; elle est également confirmée quelquefois par la simultanéité, chez le même sujet, de plusieurs affections de la même famille. Un enfant peut être asthmatique et goutteux, asthmatique et migraineux, asthmatique et graveleux, asthmatique et obèse, etc. Deux, trois, un plus grand nombre de maladies du groupe arthritique peuvent se donner rendez-vous ou se succéder chez le même sujet. Trousseau n'a-t-il pas vu un enfant avoir, à 5 ans, de véritables accès d'asthme, et, à 7 ans, un accès de goutte aiguë franche?

Quelquefois, ce n'est pas l'asthme ni l'arthritisme proprement dit qu'on