

L'enfant est la cyanose. Chez lui, elle se manifeste avec une netteté très remarquable. Mais elle est très mobile, paraît et disparaît facilement, se reproduisant souvent sous forme de crises.

L'œdème aussi ne se montre pas de la même manière que chez l'adulte chez lequel on l'observe tout d'abord le soir, au niveau des membres inférieurs; mais chez l'enfant, les jambes ne sont guère atteintes et on voit seulement un peu de bouffissure du dos du pied; et chez les garçons on voit surtout l'œdème du scrotum parce que c'est du côté de l'abdomen que se font sentir les premiers troubles circulatoires. Mais pour apprécier cet œdème, le meilleur moyen est la pesée qui, chez l'enfant, est extrêmement facile. On voit ainsi très souvent, au bout de deux ou trois jours de traitement, un enfant perdre deux ou trois kilogrammes de son poids sans que son apparence ait changé, ce qui tient à ce qu'il a éliminé 2 ou 3 litres de liquide, qui infiltraient ses tissus ou étaient épanchés dans son abdomen.

Cette déperdition se fait par les urines, comme chez l'adulte, mais avec cette différence que, chez lui, l'albuminurie est infiniment plus rare.

Mais ce qui est surtout caractéristique chez l'enfant, c'est l'état du foie; c'est que chez lui, chaque fois que l'oreillette se laisse forcer, le foie se dilate et cela dans de grandes proportions; mais il revient également facilement sur lui-même et constitue ainsi le type qu'on a appelé foie en accordéon. Mais s'il reste gros, c'est que la circulation n'est pas revenue encore à son état normal.

Il faut ajouter que le foie peut s'altérer aussi d'une façon permanente. Cependant la cirrhose d'origine cardiaque est tout à fait exceptionnelle chez l'enfant; il faut, pour qu'elle se produise, une infection surajoutée, comme la tuberculose, et c'est d'ailleurs ce qui arrive dans la symphyse cardio-tuberculeuse du péricarde où le foie est presque toujours cirrhotique.

* * *

LA PARALYSIE INFANTILE ET SON TRAITEMENT PAR LES AGENTS PHYSIQUES.

Dès ses débuts, l'électrothérapie a été employée, chacun le sait, dans la paralysie infantile; mais les résultats ont été douteux, contradictoires, décourageants.

Au Congrès de *Physiothérapie de Paris* (13-15 avril 1909), M. Guérmonprez a repris la question: Les paralytiques et leur entourage ne veulent pas se résigner à leur infortune.

Dans le corps médical, on est devenu trop communément sceptique; on a trop dit qu'il n'y avait rien à faire. Comment s'étonner que les infirmes se soient adressés ailleurs? Il est naturel qu'ils aient cherché des soulagements en dehors des milieux médicaux.

Actuellement, l'accord est fait sur plusieurs points. Il n'y a plus de place pour la thérapeutique pharmaceutique, pas même à titre de médication adjuvante. L'électro-

thérapie ne donne même plus prétexte à une imputation d'accaparement; elle reconnaît que ses meilleurs succès résultent d'une harmonisation avec les autres ressources de la physiothérapie. Pour la paralysie infantile, la méthode d'avenir est donc éclectique.

Pour rendre service, ce n'est pas la guérison intégrale, qu'il faut promettre: c'est l'atténuation des infirmités, ce sont des adaptations utilitaires. Depuis douze à quatorze ans, M. Guérmonprez en a retiré des résultats très appréciables, parce qu'il a obtenu des *collaborations* de divers genres.

De toutes, la principale est la *sollicitude maternelle*. Pour y arriver, il faut commencer par faire la conviction des *médecins des familles*. L'inactivité de l'art n'a plus de justification. Les résultats obtenus par la physiothérapie contraignent à sortir de l'inertie thérapeutique.

Pendant la période de début, c'est l'hydrothermothérapie (bains tièdes fréquents et prolongés), qui doit être seule employée. On doit faire suivre chaque bain d'une friction rapide de toute la surface du corps. La méthode sera utilisée durant tout le temps de la fièvre; elle sera poursuivie également pendant tout le temps de la période des contractures et rétractions musculo-aponévrotiques. Il ne faut pas faire intervenir prématurément les autres ressources de la physiothérapie de crainte de discréditer la méthode. Il est même nécessaire de reprendre l'usage des bains tièdes, dès la moindre récurrence de contracture.

Quand la paralysie flasque est établie, il convient d'établir une répartition équitable, entre le massage, les redressements après sténo-myosites; la mécanothérapie active ou en participation, la gymnastique médicale, la rééducation fonctionnelle, l'électro-mécanothérapie et toutes les ressources qui font travailler les muscles avec les précautions et les ménagements nécessaires. On peut obtenir de véritables résultats, même pour des quadriplégiques. On est parfois entravé par les faits mixtes, où se rencontrent les paralysies rigides et les paralysies flasques: c'est le temps de garder la mesure avec prudence, sans trop demander à la chirurgie par les ténotomies et les arthrodèses. Il faut en revenir aux idées générales enseignées par Amédée Bonnet, de 1833 à 1858. Sans doute, il n'a pas fait le traitement de la paralysie infantile; mais celui qu'il a fait, pendant vingt à vingt-cinq ans, se rapporte à des impotences fonctionnelles encore plus pénibles. Les amyotrophies et les contractures s'y rencontrent à la fois; mais les malades du chirurgien lyonnais étaient plus souffrants que des paralytiques, et ses résultats devaient être plus aléatoires.

