

mais, en général, il pourra prendre le praticien anglais comme guide du traitement de chaque maladie, et il aura à lui emprunter des indications précises et d'excellentes formules.

Pour sortir des généralités et prouver la valeur réelle du livre que nous traduisons, il faudrait en faire des citations et lui emprunter des exemples; en un mot, faire une sorte d'analyse de l'enseignement qu'il contient. Mais la forme d'un entretien presque familier qu'il présente d'un bout à l'autre se prête peu à une dissection analytique, et nous croyons qu'il est préférable de laisser le lecteur à ses propres impressions.

Nous avons fait le moins d'additions ou de modifications possible au texte de l'ouvrage afin de ne pas en altérer le caractère. Le peu que nous y avons ajouté se présente sous l'une de ces trois formes :

- 1° Des réflexions confirmatives de l'opinion de l'auteur imprimées dans le texte en caractères ordinaires, mais entre les deux signes suivants [] ;
- 2° Des modifications ou changements réels introduits dans le corps de l'ouvrage, mais en caractères plus petits que ceux du texte général ;
- 3° Des notes sous forme de renvois au bas des pages.

ARCHAMBAULT.

LEÇONS

SUR LES

MALADIES DES ENFANTS

PREMIÈRE LEÇON

INTRODUCTION

De l'étude des maladies des enfants. — Ses difficultés, comment les surmonter. — Règles pour l'examen des enfants malades, manière de prendre les observations. — Plan général et objet du cours.

MESSIEURS,

Ce n'est pas sans hésiter, que je me suis déterminé à augmenter d'un nombre déjà considérable des cours que vous avez à suivre pendant vos études médicales. Les raisons, et, je pense, la justification de cette détermination, ressortent de la fréquence des maladies de l'enfance (1),

(1) Les Anglais désignent par le mot *infancy* la période de l'enfance qui s'étend du moment de la naissance jusqu'à la fin de la deuxième année environ, et par celui de *childhood* la période qui, de la fin de la deuxième année, va jusqu'à la puberté. A défaut d'un terme spécial, j'ai traduit le mot *infancy*, chaque fois qu'il s'est rencontré, par l'expression *première enfance*, et *childhood* par celle de *deuxième enfance*.

Ces deux expressions sont d'ailleurs généralement employées dans tous nos ouvrages qui s'occupent des premiers temps de la vie de l'homme, à quelque point de vue que ce soit, anatomique, physiologique ou purement médical, et leur signification répond exactement à celle des mots *infancy* et *childhood*. C'est surtout en clinique qu'il importe de conserver cette distinction, attendu que plus l'enfant est près du moment de sa naissance, plus les affections dont il est atteint ont un caractère spécial qui les

de leur léthalité et plus encore des nombreuses particularités qu'offre leur étude.

Le tiers de vos malades au moins sera composé d'enfants, et telle est la gravité de leurs maladies, qu'un sur cinq meurt dans l'année qui suit la naissance, et un sur trois avant que la cinquième année soit complètement révolue. Ces faits sont effectivement de nature à vous convaincre de l'importance qu'il y a à surveiller attentivement toute maladie qui peut envahir l'organisme, tandis qu'il est si fragile. Mais seuls, ils ne sauraient me justifier complètement de vous signaler ces maladies comme objet digne d'une étude spéciale.

L'organisme n'est pas seulement plus fragile dans l'enfance, mais encore les sympathies entre les différentes parties y sont plus étendues et plus délicates. Rarement un organe souffre seul, mais les effets d'une maladie, même locale, s'étendent à tout le système et troublent ses fonctions à tel point que souvent ce n'est pas chose facile de déterminer le siège primitif du mal. Ce n'est pas tout : nombre de conséquences importantes naissent de ce fait que l'enfance est la période d'un accroissement incessant. Chez l'adulte, la structure de l'organisme est achevée et ses fonctions sont aujourd'hui les mêmes qu'elles étaient hier. L'enfant, au contraire, apprend successivement à respirer, à sentir, à penser, et chaque jour son corps subit des modifications qui le rendent apte à de nouvelles fonctions, de même que chaque jour il croît en dimension et en force. C'est pourquoi la maladie ne trouble pas seulement le présent, mais étend son influence à l'avenir; non seulement elle interrompt la fonction actuelle de l'organe qu'elle frappe, mais elle arrête, pour un temps, l'achèvement du mécanisme général, ou trouble les proportions régulières qui doivent exister entre les différentes parties de ce mécanisme. En outre, il y a des périodes, comme celles de la première et de la seconde dentition, où surviennent de très importants changements dans l'organisme de l'enfant, et où tous les dangers doivent être particulièrement redoutés. La maladie est alors plus fréquente et plus sérieuse et toute indisposition justifie une plus grande inquiétude; tandis qu'à ces époques, heureusement passées, succède une période d'immunité relative, pour maintes affections qui auparavant étaient communes et dangereuses.

S'il en est ainsi, vous comprendrez tout de suite que pour traiter avec succès les maladies de l'enfance, il faut quelque chose de plus que l'observation attentive de la marche du mal, et le soin de proportionner la

éloigne, comme nature, manifestations symptomatiques, importance et curabilité, de ce qui a lieu chez l'adulte; à ce point que l'on peut dire que s'il y a réellement une médecine propre à l'enfance, c'est pendant la période que nous désignons sous le nom de première enfance; tandis qu'à partir de la fin de la première dentition la pathologie du jeune âge tend de plus en plus à se rapprocher de celle de l'adulte.

puissance et la dose des médicaments à la délicatesse des jeunes malades. Ce n'est point une hyperbole de dire que vous avez à apprendre une nouvelle séméiologie, une nouvelle pathologie, une nouvelle thérapeutique. Des sujets de cette importance ne peuvent être convenablement traités à la fin d'un cours d'obstétrique. C'est pourquoi j'ai préféré en faire le sujet d'une étude particulière, pendant l'été, alors que les loisirs relatifs de la saison vous permettront de consacrer, je l'espère, une partie de votre temps à l'étude pratique et théorique de la médecine infantile.

Je dois vous prévenir d'une difficulté que vous rencontrerez dès le début; difficulté qui en décourage un grand nombre et leur fait, en désespoir de cause, abandonner l'étude de la médecine des enfants.

Votre mode ordinaire d'observer la maladie sera en grande partie inapplicable ici, et vous vous sentirez comme si vous aviez à réapprendre l'alphabet. Vous croirez entrer dans un pays dont les habitants parlent le langage et ont les manières du peuple que vous venez de quitter, et vous entendrez autour de vous les accents d'une langue étrangère; vous observerez des manières et des coutumes telles que vous n'en aviez pas encore vues. Vous ne pouvez interroger votre malade; ou bien s'il est assez âgé pour parler, l'enfant, par crainte ou faute de comprendre bien, vous fera probablement des réponses inexactes. Vous essayez de vous éclairer par l'expression de la physionomie, mais l'enfant s'effraie et ne supporte pas votre regard. Vous tentez de compter son pouls, il lutte alarmé; vous voulez ausculter la poitrine, il pousse aussitôt des cris violents.

Quelques médecins ne surmontent jamais ces difficultés, et pour eux la médecine infantile reste par conséquent lettre close. Ils finissent par vivre tranquilles dans leur ignorance et vous assurent, avec le plus grand sérieux, qu'il est inutile de chercher à comprendre ces affections. Ils sont tombés dans cette funeste erreur pour n'avoir pas pris la peine de bien commencer; — ils n'ont pas appris à interroger leurs petits malades, et ainsi n'en ont jamais reçu de réponse satisfaisante. — Je dis les interroger, car, si les petits enfants ne parlent pas, ils ont pourtant un langage qui leur est propre, et c'est celui-ci que vous devez d'abord vous proposer d'apprendre, si vous désirez acquérir les qualités d'un praticien heureux à traiter les maladies de l'enfance. Mais si vous n'avez cultivé en vous l'esprit d'observation, vous n'arriverez pas à comprendre ce langage, car il est tout de signes et ceux-ci ne seront jamais saisis par les inattentifs. — De même vous n'apprendrez cette langue qu'à la condition d'aimer les petits enfants: ceux-ci ne s'attachent vite qu'à celui qui les aime, et une fois malades, ce n'est qu'à lui seul qu'ils manifestent, par signes ou par paroles, ce qu'ils éprouvent réellement.

Il y a en outre un certain tact nécessaire pour faire utilement l'examen

des enfants malades. — Si, appelé près d'un enfant, vous entrez brusquement dans la chambre, et allant droit à votre patient, commencez à à le regarder de près, tandis qu'en même temps, avec votre timbre de voix ordinaire, vous interrogez la mère et la bonne sur ses souffrances, l'enfant auquel vous êtes complètement inconnu s'effraye et commence à crier; son pouls et sa respiration deviennent rapides, sa face congestionnée, et vous avez perdu l'occasion de vous rendre un compte exact de son état réel, sous beaucoup de rapports. En outre, l'enfant une fois alarmé ne se calmera pas tant que vous serez présent; si vous voulez voir sa langue, l'ausculter, ses terreurs vont reparaître et il va pousser des cris violents. Vous quitterez la chambre sans être beaucoup mieux informé qu'en y entrant et probablement convaincu qu'il n'est pas possible de reconnaître les maladies des enfants.

Tout autre serait le résultat si vous conduisiez cet examen convenablement; et bien que, suivant moi, celui qui aime vraiment les enfants doive vite acquérir le tact nécessaire pour les examiner dans leurs souffrances, quelques aperçus rapides sur ce sujet ne me paraissent pas hors de propos dans une leçon d'introduction.

Le calme des manières, la douceur de la voix, que tous les malades savent si bien apprécier chez ceux qui les soignent, sont particulièrement nécessaires quand le malade est un enfant. — Vous devez tout d'abord chercher à ne le pas effrayer; cet écueil évité, vous ne serez pas long à acquérir sa confiance. — C'est pourquoi, en entrant dans la chambre, n'allez pas tout de suite près du petit malade, et vous asseyant, de façon à l'observer, mais d'assez loin pour ne pas attirer son attention, adressez quelques questions à la personne qui le soigne. Pendant ce temps, et sans paraître vous occuper de lui, vous pouvez acquérir bon nombre d'informations importantes; vous observez l'expression des traits, le caractère de la respiration, rare ou fréquente, régulière ou inégale, et si l'enfant pousse quelques cris vous pouvez en saisir les caractères. Toutes ces observations doivent être faites sans regarder en face, ce qui trouble presque toujours les petits enfants, surtout quand ils sont malades, et les fait pleurer. — Si le malade dort au moment de votre visite, vous poussez plus loin les observations: vous voyez si le sommeil est calme ou troublé, si les yeux sont parfaitement clos ou entr'ouverts, comme ils le sont dans nombre de cas d'affections cérébrales. Si le sommeil semble profond, vous pouvez tenter de compter la respiration et le pouls, en prenant garde de réveiller l'enfant. Il sera tiré doucement de son sommeil par la mère ou la nourrice, pour qu'il ne voie pas d'abord un visage étranger en s'éveillant. — S'il était éveillé à votre arrivée, très probablement en quelques minutes il s'habitue à votre présence et vous permettra de prendre sa main et de toucher son pouls, ce qui doit être fait aussitôt que possible, de façon à le compter au mo-

ment où il n'y a pas d'agitation, car chez les jeunes enfants les battements du cœur varient de 15 à 20 par minute pour des causes de trouble relativement légères, et toute conclusion que vous pourriez tirer des qualités du pouls chez un enfant effrayé ou excité serait presque certainement fausse.

Ici, comme pendant tout le cours de la maladie, les difficultés que vous éprouverez seront en raison inverse de votre tact. — Si vous voulez saisir du bras, même sans force, et essayer de compter le pouls, l'enfant luttera pour se délivrer. Si vous placez la main sur son bras comme par hasard et faites glisser graduellement les doigts jusqu'au poignet du malade, vous réussirez souvent à compter le pouls, sans qu'il s'en aperçoive ou le soupçonne. Ou bien si la mère ou la nourrice prend le bras de l'enfant dans sa main, il l'y laissera et ne fera pas attention à la pression de votre doigt. — Outre le pouls, il faut noter, s'il est possible, la fréquence de la respiration, attendu que les résultats de la comparaison des deux phénomènes sont toujours plus importants que ceux fournis par un seul d'entre eux. Mais si c'est votre première visite, dans le désir de fixer exactement l'une ou l'autre de ces questions, ne persévérez pas trop dans un examen qui irrite ou effraye; probablement vous finiriez par un échec, et quand même vous réussiriez, la notion acquise ne compenserait pas la perte de la confiance de l'enfant, que vous devez avoir pour but principal d'acquérir et de garder.

Avec des ménagements et de la douceur, cependant, vous échouerez assez rarement; et tandis que vous touchez le pouls, ou que, la main sur l'abdomen, vous comptez les inspirations, vous constatez en même temps la température du corps et l'état de la peau. — Supposons que votre examen a été assez bien toléré, vous pouvez maintenant risquer de parler à l'enfant ou de lui montrer quelque chose qui l'amuse, comme votre montre ou votre stéthoscope. Et pendant que vous examinez ainsi l'état des facultés intellectuelles vous passez la main sur la tête, et notez l'état des fontanelles, la présence ou l'absence de chaleur morbide du cuir chevelu.

Souvent, mais non toujours, il importe d'apprécier l'état de la température avec toute la précision que le thermomètre seul rend possible; l'omission de cet examen serait tout aussi coupable que celle de l'auscultation et conduirait à des erreurs aussi importantes. — Quand c'est possible, il vaut mieux prendre la température dans l'aisselle; mais quand les mouvements, ce qui est souvent le cas chez les bébés ou les très jeunes enfants, rendent cette recherche, ainsi faite, impraticable, on peut toujours placer l'instrument dans l'aîne, ce qui donne des résultats à peu près aussi précis (1).

(1) Quelques médecins, pour avoir, autant que possible, la température vraie du corps,

L'examen de l'abdomen, bien que trop important pour qu'on puisse l'omettre, ne conduira souvent à aucun résultat satisfaisant, à moins d'être fait avec soin. Si la nourrice prend l'enfant et le couche sur le dos, sur ses genoux, pour que vous puissiez examiner le ventre, il s'effraie et commence à crier; alors le ventre devient tout à fait tendu et vous ne pouvez dire si la pression cause de la douleur ou si les cris ne sont pas exclusivement la conséquence de la peur. Le meilleur moyen consiste à passer la main sous les vêtements et, sans changer la posture, à examiner le ventre de l'enfant pendant que la nourrice lui parle pour détourner son attention, ou bien le place en face de la fenêtre ou d'une lumière, ce qui manque rarement de l'amuser. — Si le ventre n'est pas douloureux, la pression ne provoquera pas de cris, ou si au moment de votre examen la présence de gaz causait de la douleur, une douce friction, au lieu d'augmenter la souffrance, la soulagerait.

Vous passez ensuite à l'examen de la poitrine et vous devez toujours préférer l'auscultation immédiate, attendu que la pression du stéthoscope est désagréable. Si l'enfant n'est pas dans ses vêtements de nuit, ce que vous aurez de mieux à faire sera de lui découvrir le dos, et alors, tandis qu'il est assis sur les genoux de sa mère ou de sa nourrice, de vous agenouiller derrière lui et de placer l'oreille sur sa poitrine. — Dans

placent le thermomètre dans le rectum. Cette manière de faire, plus rigoureusement scientifique, est aisément applicable aux enfants du premier âge, mais ne l'est plus également dans la seconde enfance et présente alors des inconvénients; d'ailleurs, comme les expériences comparatives, faites sur la température prise dans différentes régions, ont démontré que celle de l'aisselle n'était guère inférieure à la chaleur rectale que de quelques dixièmes de degré (4 à 5), on peut dans tous les cas se contenter de recueillir le chiffre de la chaleur axillaire, quitte à augmenter le chiffre obtenu de 4 ou 5 dixièmes de degré pour être aussi près que possible de la chaleur interne dont le maximum se trouve dans les veines sus-hépatiques. La température moyenne de l'état physiologique pendant la première et la seconde enfance est, d'après Roger, de 37°,21 centigrades avec 36°,75 pour minimum et 37°,75 comme maximum.

L'accélération et le ralentissement physiologiques des mouvements respiratoires et des battements de cœur, les efforts musculaires ou le repos absolu, l'alimentation en excès ou insuffisante ne sont pas sans influence sur l'élévation ou l'abaissement de la chaleur animale, mais l'éloignement de l'état physiologique, sous l'influence de ces causes, est minime relativement à celui qui résulte de l'état de maladie; si bien, qu'un abaissement ou une élévation notable du degré de la température, par rapport aux chiffres extrêmes que nous avons donnés, accuse toujours un état morbide. L'étude suivie de la température, chez les enfants malades, est de beaucoup plus importante que chez l'adulte parce que la mobilité, la variabilité du pouls sous l'influence de causes multiples pendant le jeune âge ôte à ce dernier une grande partie de la valeur qu'il a chez l'homme fait. Le thermomètre seul donne des notions positives au point de vue de la fièvre, et l'étude de cette dernière ainsi faite au point de vue de son intensité, de sa continuité, de ses oscillations est un élément de diagnostic et de pronostic des plus importants, comme nous le verrons en étudiant la pneumonie, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, etc. En ville, tous les parents apprennent très vite à se servir du thermomètre, ce qui permet au médecin d'utiliser ce précieux instrument sans perdre de son temps.

toute maladie aigüe des poumons, l'état de leur partie postérieure est un indice sûr de l'importance du mal dont ils sont affectés; car en raison de ce que l'enfant est la plupart du temps dans la position horizontale, le sang tend à descendre dans les parties déclives des poumons, et les sécrétions ont plus de disposition à s'accumuler dans les bronches. De sorte que si l'on constate que l'air pénètre dans toute la partie postérieure du poumon, sans produire une quantité notable de crépitations, on peut en conclure raisonnablement que la partie antérieure est libre de toute lésion sérieuse, lors même qu'il est impossible de constater, actuellement, le fait par un examen direct.

Quand vous avez entièrement écouté la partie postérieure de la poitrine, vous devez la percuter. Il ne faut pas percuter d'abord, puis écouter ensuite, comme vous faites souvent chez l'adulte, car la percussion, même très doucement pratiquée, effraie quelquefois l'enfant, le fait crier, ce qui rend souvent inutile toute tentative subséquente d'auscultation. Mais il ne faut pas négliger de pratiquer la percussion. Elle est d'une importance toute spéciale puisque à cet âge l'auscultation est inévitablement incomplète dans bon nombre de cas et quelquefois tout à fait impossible. Sa pratique reconnaît certaines règles dont l'oubli rendrait très probablement votre examen infructueux. Vous ne devez jamais, chez l'enfant, faire de percussion immédiate sur les parois de la poitrine, mais frapper sur votre doigt, et même très doucement. La résonnance de la poitrine est telle chez l'enfant, que si vous percutez fortement, les fines variations de sonorité qu'une percussion légère rend aisément saisissables ne manqueront pas de vous échapper. Comparez toujours les résultats fournis par chaque côté de la poitrine, autrement vous pouvez laisser passer inaperçu un degré même notable de matité. Il arrive aussi, souvent, que les parties inférieures des deux poumons sont presque également prises; c'est pourquoi vous devez comparer la résonnance de la base avec celle de la partie supérieure. Vous êtes quelquefois obligé, par la frayeur de l'enfant ou la sensibilité des parois de la poitrine, de pratiquer une percussion si légère qu'elle ne tire presque aucun son. C'est pourquoi il importe de donner autant d'attention à la sensation de résistance qu'éprouve le doigt, qu'au son mat qui frappe l'oreille; car si vous avez le sens du toucher délicat il corrigera ou viendra confirmer la notion fournie par l'ouïe.

Ayant ainsi examiné la partie postérieure, vous pouvez, si l'enfant semble devoir le tolérer, ausculter les côtés et la partie antérieure de la poitrine. Vous ne pouvez guère ausculter la partie antérieure de la poitrine d'un enfant sans stéthoscope, et l'emploi de celui-ci sera souvent impossible: car, si l'enfant n'est pas effrayé, il prendra un tel intérêt à ce qu'il regardera comme destiné à l'amuser, qu'il se mettra de la partie et, jouant avec l'instrument, portera le trouble dans votre observation. Cette

difficulté se présentera dans des cas de phthisie du jeune âge, et vous verrez que ce n'est pas chose facile de déterminer le caractère de la respiration à la partie antérieure de la poitrine. Dans de tels cas, vous apprécierez à toute sa valeur la percussion qui se pratique aussi bien à la partie antérieure de la poitrine qu'en arrière, en même temps que l'état de la respiration, à la partie supérieure en arrière, indique d'une façon suffisamment exacte les conditions dans lesquelles elle se trouve en avant. Notons que, dans les cas d'hypertrophie tuberculeuse des ganglions bronchiques, les signes de la phthisie apparaissent plus tôt et sont plus prononcés sous la clavicule que dans aucun autre point.

L'examen de la poitrine ne sera complet que quand vous aurez observé si la respiration se fait par toute la cage thoracique, ou est surtout abdominale, si elle est aussi profonde qu'elle doit être, ou si l'enfant ne fait que de courtes inspirations qui ne peuvent remplir les petites bronches. Le moment opportun pour résoudre ces questions varie suivant chaque cas, mais plus tôt elles le sont mieux vaut, puisque différemment vous risquez de tirer vos inductions, non de l'état vrai où se trouve l'enfant, mais de cet état modifié par la crainte et l'excitation. Quelques-unes de ces particularités peuvent être constatées, même alors que l'enfant est si effrayé que vous ne pouvez ausculter la partie postérieure de la poitrine d'une manière satisfaisante. Une auscultation incomplète est encore meilleure que rien ; car, en mettant les choses au pis, vous pouvez, dans les inspirations profondes qui ont lieu entre les cris, déterminer jusqu'à quel degré les poumons sont perméables et quelle quantité de mucus encombre les bronches ; sans parler de l'auscultation, le cri lui-même peut être très instructif. Si ses deux temps sont parfaitement marqués, celui qui se produit à l'expiration étant long et retentissant, tandis que celui de l'inspiration est plus court et moins sonore, vous pouvez demeurer convaincu qu'il n'existe aucune lésion importante des organes respiratoires.

Il vous reste encore à examiner la langue et à fixer dans quel état sont les gencives. Il est sage de remettre cette tâche à la fin, car c'est la partie la plus scabreuse de votre visite. Si pendant vos investigations antérieures l'enfant s'est mis à crier, vous avez dû saisir cette occasion d'examiner la langue, et, si vous le jugiez nécessaire, de passer le doigt sur les gencives. Mais si cette occasion ne s'est pas présentée, vous arriverez généralement à bien voir la bouche et la gorge chez les petits enfants en touchant doucement les lèvres avec le doigt ; l'enfant ouvre instinctivement la bouche et vous pouvez glisser prestement le doigt sur la langue et jusque vers le pharynx, prenant alors une connaissance parfaite de l'état de la bouche et de la gorge. Il faut quelquefois amadouer beaucoup les enfants plus âgés pour les amener à ouvrir la bouche ; mais si une fois vous avez placé le doigt sur la gencive, vous pouvez maintenir le malade calme en la frottant doucement ; et avec un peu d'adresse

vous manquerez rarement de faire ouvrir la bouche assez grande pour voir la langue.

Si les petits enfants sont très malades, tous ces soins méticuleux dans l'ordre à suivre pour procéder à leur examen ne sont pas aussi importants, attendu qu'ils ne remarquent pas aussi vite ; mais la douceur de la voix et des procédés est encore plus nécessaire pour endormir la susceptibilité et calmer les alarmes du petit patient.

Nombre des conseils que je viens de vous donner ont trait à l'examen des tout petits enfants et deviennent moins applicables à mesure que l'âge des malades s'élève. Les petits détails deviennent inutiles pour l'examen des enfants à partir de trois ans. Mais la plus infatigable patience et le calme le plus inaltérable sont nécessaires.

Règles pour prendre les observations. — Les antécédents du malade, les circonstances qui ont entouré l'apparition de sa maladie, les symptômes qui en ont marqué le début, aident beaucoup à dissiper nos doutes sur la nature du mal, modifient quelquefois profondément notre diagnostic et influent sur notre manière d'instituer le traitement. On obtient très difficilement sur ces différents points une information réellement sûre, et les efforts pour l'obtenir sont presque toujours malheureux, si les questions sont faites au hasard et non dans un ordre préparé d'avance par le médecin. Un des grands objets de la clinique est d'enseigner à l'élève à diriger cette partie de son examen du malade, aussi bien que les autres, de façon à projeter sur la nature de la maladie la plus grande somme de lumière qu'il pourra tirer de chaque source ; et à le mettre en état de choisir, avec le moins de chances d'erreurs possible, les moyens les plus propres à guérir. Cette instruction vous a été amplement fournie dans les salles d'adultes, mais vous me permettrez d'appeler votre attention sur les sujets de vos investigations, quand il s'agit d'enfants, car sous bon nombre de rapports les questions que vous aurez à poser diffèrent beaucoup de ce qui aurait lieu s'il s'agissait de grandes personnes.

Nous supposerons, si vous voulez, qu'on vous apporte un enfant dont vous désirez conserver l'observation. Les noms, âge, sexe et lieu de résidence seront naturellement placés en tête de votre cahier de notes. Les investigations subséquentes devront porter sur les questions suivantes : Combien d'enfants vivants ont eus les parents ? En est-il mort quelqu'un et, dans ce cas, à quel âge et de quelle maladie ? Quelle est la santé des parents et de leurs proches ? Le but de ces questions est de savoir s'il n'existe pas quelque disposition héréditaire dans la famille, car cette disposition joue un rôle très important dans bon nombre des affections de l'enfance, et tels symptômes, qui chez un enfant né de parents sains vous préoccuperaient peu, vont vous jeter dans une sérieuse inquiétude