

par l'examen des yeux se rapporte à l'état de la pupille pendant le sommeil, pendant la syncope et après la mort.

Dans le sommeil, où l'œil est protégé contre la lumière, la pupille est fortement contractée; c'est un phénomène que la théorie ne saurait prévoir, et que les observations de Cuvier, de Dugès, de Mayo, de la plupart des physiologistes, démontrent d'une manière positive; et j'ai pu le constater bien des fois. La pupille se dilate, au contraire, et reprend ses dimensions normales au moment du réveil, l'œil se trouvant exposé à tout l'éclat du jour.

La dilatation complète, absolue, définitive s'observe au moment de la mort, et constitue avec la dilatation des autres sphincters l'un des meilleurs signes de cet événement. C'est ce que j'ai bien établi dans mes recherches sur la distinction de la mort réelle et de la mort apparente (1).

Si l'on excepte quelques affections du cerveau accompagnées de la paralysie du nerf optique, dans lesquelles on observe la dilatation de la pupille et l'amaurose, et l'inégale dilatation des deux pupilles, l'examen de l'iris ne fournit pas de signes bien importants au diagnostic des maladies des enfants à la mamelle. Les déformations dont la pupille est le siège chez l'adulte, dans certaines affections de nature syphilitique, ne se retrouvent pas chez les jeunes enfants.

Cérébroscopie. — Les yeux, et quand on parle ainsi il faut entendre à la fois les paupières et le globe de l'œil, les yeux présentent de notables altérations dans plusieurs des maladies nerveuses de la première enfance, depuis la photophobie jusqu'à l'amaurose, jusqu'au strabisme et jusqu'aux lésions de circulation et de nutrition dont le fond de l'œil peut devenir le siège. Cette étude constitue la *Cérébroscopie*, et ses résultats sont de la plus haute importance; car lorsque des troubles nerveux sont accompagnés d'une lésion du fond de l'œil, on doit les considérer comme un résultat de lésion organique cérébro-spinal plutôt que comme étant la conséquence d'un trouble fonctionnel idiopathique. *Au travers de l'œil, voir ce qui se passe dans le cerveau et dans la moelle*, tel est le but de ce nouveau mode d'exploration que j'ai fait connaître en 1862.

L'hydrophthalmie, — la dilatation et la flexuosité des veines de la rétine, — la thrombose de ces veines, — leur rupture et les hémorragies rétinienne, — la congestion péripapillaire partielle ou générale, — l'infiltration séreuse de la rétine et de la papille, caractérisant la névrite et la névro-rétinite; — les tubercules de la choroïde, enfin les exsudations rétinienne et l'atrophie du nerf optique, sont les lésions qui annoncent l'hyperhémie cérébrale, la méningite aiguë ou tuberculeuse, la phlébite des sinus, l'encéphalite aiguë et chronique, les tumeurs du cerveau, — l'hydrocéphalie chronique, les tubercules du cerveau, etc.

Des yeux dans la méningite. — La congestion et la filtration séreuse papillaire partielle ou générale, la phlébectasie et les thromboses phlébo-rétiniennes, ainsi que les hémorragies de la rétine, s'observent dans la méningite aiguë et doivent être ajoutées aux autres symptômes de la maladie. — Il en est de même dans la méningite tuberculeuse, qui offre quelquefois en plus des tubercules de la choroïde.

L'infiltration granuleuse de la papille et les exsudations graisseuses de la rétine, avec atrophie du nerf optique, accompagnent souvent la méningite chronique.

Dans les affections des méninges et du cerveau, l'hydrophthalmie, le strabisme et l'abaissement de la paupière supérieure ont une assez grande importance; mais ces signes n'ont pas de valeur absolue. Il faut, en même temps, tenir compte de la marche de la maladie et des troubles observés dans les autres parties du système

(1) E. Bouchut, *Traité des signes de la mort et des moyens d'empêcher les enterrements prématurés*. 2^e édition (couronné par l'Institut de France). Paris. 1874, in-12.

musculaire. Ainsi, lorsque ces deux signes paraissent chez un enfant malade depuis huit à quinze jours, et qu'en même temps on observe des convulsions et une hémiplegie, l'existence d'une méningite n'est point douteuse; mais si cette paralysie de la paupière supérieure s'établit d'emblée, au moment d'une convulsion, chez un enfant bien portant, le diagnostic n'est plus le même. Sans pouvoir préciser quelle est la nature de cette paralysie, on sait cependant qu'en général elle est indépendante de l'affection du cerveau.

Des yeux dans la paralysie de la troisième paire. — Dans d'autres circonstances, la paralysie vient lentement; elle s'accompagne d'une grande dilatation de la pupille, et l'œil ne peut se diriger vers le nez, ce qui constitue la paralysie de la troisième paire, caractérisée par l'abaissement de la paupière, l'impossibilité de tourner l'œil en dedans et la dilatation de la pupille. S'il n'y a rien au fond de l'œil, la paralysie est essentielle; mais s'il y existe une infiltration séreuse ou granuleuse de la papille, on peut être sûr que la lésion est symptomatique d'une altération du nerf optique ou du cerveau (1).

Des yeux dans l'affection vermineuse. — Paul Æginète (2), Avicenne (3) et Thomas Fyens (4) considéraient les yeux demi-fermés dans le sommeil comme signe de vers chez les enfants bien portants, mais c'est là une observation à laquelle je n'accorde aucune importance.

Des yeux dans l'hydrocéphalie et le rachitisme. — Les hydrocéphales, au début de leur maladie, ont souvent le crâne assez volumineux, en disproportion avec le visage comme les rachitiques; mais, dans le premier cas, il y a souvent du nystagmus, de l'hydrophthalmie, du strabisme et une hyperhémie veineuse du fond de l'œil qui n'existe pas dans le rachitisme.

Des yeux dans la rougeole et dans le narcotisme. — On trouve souvent dans les yeux l'indice de plusieurs autres états morbides de l'enfant. Qui ne connaît, par exemple, la rougeur des yeux, le gonflement des paupières et le larmolement précurseurs de la rougeole? Qui ne sait apprécier l'aspect brillant des iris, la contraction extrême des pupilles, provoqués par l'ingestion d'une faible dose d'opium? Je ne reviendrai pas ici sur l'état perlé de la conjonctive, qu'on a considéré comme caractéristique de l'affection vermineuse; ce fait demande à être vérifié par de nouvelles observations qui en constatent l'exactitude et la constance.

CHAPITRE II

DU GESTE ET DES ATTITUDES

Tous ceux qui ont étudié la physionomie humaine ont nécessairement dû consacrer un chapitre au développement des signes fournis par les gestes et les attitudes différentes des individus; ces signes ne trompent que bien rarement. La démarche vive et assurée d'un homme qui porte fièrement sa tête, dont la poitrine est large, et dont les membres supérieurs se meuvent avec mesure, en impose autant que le dur aspect d'un visage dont les traits sont effilés, les lèvres minces et le regard méchant. L'attitude trahit souvent celui qui veut rendre sa physionomie impassible; aussi fournit-elle à l'observateur des signes qu'il ne faut pas négliger. — Si ces signes ont, dans l'état physiologique, une grande valeur, leur importance n'est pas moindre dans l'état morbide.

(1) E. Bouchut, *Mém. sur la paralysie de la troisième paire*. (Union médicale, 1866.)

(2) Paul Æginète, liv. IV, chap. LVII.

(3) Avicenne, liv. III.

(4) Th. Fyens, *Semeiotice, sive de signis medicis*. Lyon, 1664.

Les enfants malades cherchent instinctivement, dans chaque maladie, l'attitude la plus favorable et la moins douloureuse. Quant aux mouvements du corps et aux gestes, comme ils sont arrachés par la souffrance, et soustraits à l'influence de la volonté, il en faut tenir compte, car ils peuvent éclairer le médecin dans ses recherches.

On a dit, avec une apparence de raison, que les enfants à la mamelle, esclaves dans les linges de leur maillot, n'étaient pas libres de prendre l'attitude qui leur était convenable, et qu'ils restaient dans la position qu'on voulait bien leur donner. Puis, de là, on a conclu à la nullité des signes fournis par l'attitude des enfants. Autant vaudrait dire que la physionomie n'a pas d'expression chez les peuples qui ont la coutume de se voiler le visage.

Il ne faut pas raisonner ainsi. On étudie l'expression de la face, quand on s'est placé dans la position la plus convenable pour examiner les traits, c'est-à-dire lorsque le visage est découvert. — Laissez les enfants en liberté, et vous pourrez apprécier les gestes et l'attitude qui trahissent la souffrance de tel ou tel organe.

Attitude dans la méningite. — Ainsi, lorsqu'on observe un jeune enfant atteint de méningite au début, pendant la période de *germination*, on l'entend tout à coup jeter les hauts cris; sa main s'élève, en frappant l'air, ou en tirillant sur un endroit de ses vêtements ou des linges qui le recouvrent, comme pour enlever un objet qui l'épouvante. Ces gestes sont caractéristiques, et, chez les enfants plus avancés en âge, la parole leur venant en aide, ils appellent leur mère à leur secours contre leurs hallucinations, pour les délivrer de la *bête* qu'ils aperçoivent devant eux.

Quelquefois, à ce moment, le corps prend une attitude étrange; la face exprime la frayeur; les enfants se lèvent sur leur séant et s'agitent pour fuir l'objet de leur terreur.

A une époque plus avancée de la maladie, dans la période *convulsive* ou *comateuse*, les gestes et l'attitude sont différents. Les mouvements sont automatiques; ici la main, égarée sur la couverture, *travaille* pour en arracher le duvet; ailleurs les membres sont agités de mouvements convulsifs généraux, ou sont contracturés. Enfin, chez quelques malades, le corps est dans la prostration la plus profonde: l'un de ses côtés et frappé de paralysie, et se trouve dans la résolution la plus complète; l'autre reste seul capable de se mouvoir. Ailleurs, l'enfant est immobile, dort sans faire un mouvement. On le croirait mort.

Attitude de la dentition laborieuse. — Dans les maladies de la bouche, au moment de la dentition, lorsque la muqueuse buccale est fortement enflammée, ulcérée peut-être, des gestes particuliers viennent indiquer le siège de la souffrance que cause l'évolution des dents. Chez quelques enfants, les lèvres restent écartées par effort, la salive s'écoule, et les quatre doigts de l'une ou de l'autre main se portent continuellement dans la bouche pour être incessamment pressés entre les arcades dentaires.

Attitude du croup. — Durant les maladies du larynx, dans le croup, les enfants ne peuvent rester entièrement couchés; ils suffoquent et s'agitent jusqu'à ce qu'on les ait placés sur leur séant, appuyés sur des oreillers qui les maintiennent dans cette position. Ils veulent être incessamment tenus sur les bras, parce que, dans cette attitude verticale, ils trouvent un point d'appui qui facilite leur respiration.

Dans la dernière période du mal, au moment des crises d'étouffement et des accès de dyspnée qui déterminent l'asphyxie, on les entend pousser des cris étouffés, sourds, rauques, et quand ils sont couchés, on les voit faire de violents efforts pour se lever. Aussi, dès qu'on leur présente la main, ils la saisissent dans un

étrointe convulsive, s'y appuient, se lèvent rapidement debout sur leur lit, en élevant la tête pour saisir l'air qui semble leur échapper.

Chez quelques enfants, ce n'est plus seulement l'attitude qu'il faut considérer, ce sont les gestes qui sont alors très-significatifs. Que de fois, dans ces circonstances, n'a-t-on pas vu leurs mains se porter au cou, et presser latéralement sur le larynx, comme pour enlever l'obstacle à l'introduction de l'air dans la poitrine! Il n'est pas d'enfant trachéotomisé chez lequel on n'observe de mouvements semblables. Ils ne sont pas le résultat de la douleur causée par la présence de la canule, car ils ne sont pas continus. Ils n'existent que dans les moments pénibles où l'obstruction de la canule va déterminer l'asphyxie.

Attitude dans la pneumonie. — Dans la pneumonie, l'attitude des enfants ne présente rien qui mérite d'être indiqué d'une manière spéciale. Chez les petits enfants, l'accélération des mouvements respiratoires et la *respiration expiratrice*, au contraire, sont plus significatifs. Je les ai indiqués en parlant des altérations de la physionomie, et ils doivent m'occuper plus loin lorsque je parlerai des phénomènes extérieurs de la respiration. Je crois inutile d'en parler en ce moment.

Attitude des coliques. — C'est encore par des mouvements particuliers que l'enfant exprime, sans le secours de la parole, la souffrance qu'il éprouve dans l'intérieur de l'abdomen sous l'influence des vents ou de l'entérite aiguë. Ces mouvements sont fugitifs; on les rapporte avec raison à la douleur produite par la colique.

En effet, dans le cours d'une légère irritation d'entrailles, la face, ordinairement calme, se contracte quelquefois subitement; l'enfant pousse des cris, fléchit les cuisses sur le ventre qu'il tend avec effort; il se tortille un moment, et tous ces accidents se dissipent au bout de quelques secondes, en même temps que reparait la sérénité habituelle du visage.

Attitude des gestes de la chorée. — L'observation du visage, de l'attitude et des gestes d'un enfant atteint de chorée révèle aussitôt la nature de son mal. Il est impossible de voir les grimaces involontaires et les mouvements désordonnés de la tête et du cou, des membres supérieurs et inférieurs sans reconnaître aussitôt l'affection connue sous le nom de *danse de Saint-Guy* ou *Chorée*.

Attitude des rachitiques. — L'attitude molle, pour ainsi dire, de certains enfants, déjà âgés de quinze à vingt mois, l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de se tenir debout, même quand on leur offre la main pour appui; l'incurvation de la colonne vertébrale, des jambes et des cuisses; la difficulté de la marche; la déformation de la poitrine, sont les meilleurs caractères d'une maladie assez commune dans la première enfance. Ils signalent le rachitisme. Il est donc important de les connaître.

Je mentionnerai enfin les diverses attitudes de certaines parties du corps à la suite des paralysies essentielles de l'enfance ou à la suite des rétractions musculaires, dont la nature est peu connue jusqu'à ce jour. Ainsi la faiblesse des membres inférieurs, la paralysie incomplète, les pieds bots consécutifs, la déviation de la tête, de la taille, etc., par suite de paralysie essentielle ou par suite de la rétraction des muscles sterno-mastoïdien et spinaux, sont des maladies que l'inspection seule fait reconnaître. Il est inutile d'y insister davantage.

CHAPITRE III

DU DÉVELOPPEMENT ET DE L'EMBOINPOINT

Le volume des enfants, leur poids, leur degré d'embonpoint, fournissent des notions générales importantes dont il faut tenir compte, qui peuvent être insuffi-

santes quand il s'agit de formuler un diagnostic précis, mais qui peuvent guider le médecin dans le choix de la nourrice. Ainsi l'on dit : cet enfant ne vient pas bien, il ne prospère pas, et en le pesant chaque semaine on voit qu'il ne gagne que 95 ou 100 grammes au lieu d'en gagner 250 ou 300. Souvent la faute en est à la nourrice, qui se ménage en donnant peu à teter, ou qui donne un lait pauvre et insuffisant. Dans ces cas, changez de nourrice, et l'enfant reprendra des forces et se développera avec une nouvelle vigueur (1).

Lorsqu'on observe un enfant malade, son état de maigreur ou d'embonpoint produit sur le médecin une certaine impression, qui souvent suffit seule pour indiquer la nature de la maladie, sa forme aiguë ou chronique, et même sa durée approximative. C'est ainsi qu'il pourra quelquefois reconnaître la diarrhée aiguë, la diarrhée chronique, la dyspepsie ou le rachitisme.

Dans l'état aigu, l'amaigrissement est rapide; les chairs, ordinairement polies, sont molles et pendantes, mais la peau est encore assez ferme; les rides ne sont pas encore dessinées à sa surface. — Dans l'état chronique, au contraire, outre la flaccidité et la mollesse des tissus, la peau paraît avoir perdu son élasticité, elle conserve le pli que la pression des doigts lui imprime, elle est couverte de rides qui se prononcent davantage au moment de la contraction musculaire. — La persistance du pli de la peau à la suite de la pression des doigts est surtout marquée dans les maladies de l'abdomen. Elle est assez constante dans l'entéro-colite pour être rangée parmi les symptômes de cette maladie. — Dans le rachitisme, la disproportion de la tête et des membres, qui sont relativement plus petits, l'aplatissement latéral de la poitrine, le volume du ventre et le gonflement des grandes articulations suffisent pour établir le diagnostic.

Il faut donc, dans l'étude des maladies de la première enfance, prendre en considération le développement, le poids et l'embonpoint des sujets. On trouvera là des signes qui ont une grande importance, dont la valeur ne peut être laissée de côté sans inconvénient.

CHAPITRE IV

DU CRI

Le cri, manifestation la plus naturelle de la souffrance, est le plus énergique des moyens d'expression de l'enfant. D'une manière générale, il indique la douleur, et, par les diverses modifications qu'il présente, il en spécifie parfois l'origine et la cause.

Comme la voix articulée, le cri présente des caractères particuliers faciles à saisir, mais impossibles à décrire, caractères spéciaux à certaines passions, à certaines douleurs morales et à certaines souffrances physiques.

La voix trahit l'homme et révèle la douceur ou l'âpreté de son caractère, sa franchise comme sa loyauté, ses bons et ses mauvais sentiments, son courage aussi bien que sa lâcheté, son amour aussi bien que sa colère, etc.

Les jeunes enfants savent aussi manifester leur joie, leur impatience et leur colère par des cris que tout le monde sait reconnaître; mais ce n'est pas de ceux-là que nous devons nous occuper. Dans l'état de maladie, les cris sont motivés et par les douleurs morales et par les douleurs physiques qui résultent de l'affection de tel ou tel organe; tous ces cris sont modifiés par l'âge et la constitution des

(1) Voy. E. Bouchut, *Hygiène de la première enfance*. 6^e édition, Paris, 1874.

enfants, et quelquefois même par la nature des souffrances qui les provoquent. J'aurai donc à rechercher quels sont les caractères du cri dans les affections des jeunes enfants.

Ces modifications sont faciles à saisir, et chacun peut les apprécier. Toutefois il est très-embarrassant de les traduire en langue vulgaire. En effet, le son qui frappe l'air et parvient à nos oreilles nous pénètre et nous impressionne, sans que nous puissions expliquer la sensation qu'il fait naître. Quoique fugitives et variées, ces sensations sont réelles et quelquefois bien profondes. On en peut juger par les exemples remarquables et bien connus de ces mères qui, dans des circonstances malheureuses, séparées de leur enfant, ont pu le reconnaître, entre mille autres, rien que par ses cris.

Malgré ces difficultés qui rendent l'exposition embarrassante et obscure, je vais examiner les caractères du cri dans les affections des jeunes enfants, et je chercherai à déterminer si les modifications qu'il subit sont vraiment sous l'influence de leurs différents états de souffrance.

Le cri se produit toujours au moment de l'expiration; il dure autant qu'elle, cesse pendant l'inspiration qui la suit, et reparait avec une nouvelle expiration. Chez quelques enfants, l'inspiration est elle-même bruyante: c'est ce que Billard a qualifié du nom de *reprise*. Ainsi donc, il existe dans le cri deux temps distincts: le cri proprement dit, qui a eu lieu pendant l'expiration, et la reprise, qui se fait entendre au contraire durant l'inspiration. Le cri est ordinairement plus fort que la reprise. Ils éprouvent l'un et l'autre des modifications que j'indiquerai plus loin.

Au moment des cris, un phénomène général, caractérisé par la turgescence de la face, la coloration de cette partie et de toute la surface du corps, par une congestion générale, semble indiquer la présence d'un obstacle au retour du sang dans le cœur. Les veines du cou et des mains sont toutes gonflées; et, chez les enfants malades qui ont un érythème ou une fluxion inflammatoire d'une partie de la peau, l'aurole de la vaccine, par exemple, ces parties prennent à l'instant une coloration bien plus vive. La congestion cérébrale est si forte chez quelques enfants au moment des cris, qu'ils tombent affaiblis et se pâment pendant quelques secondes. Cet état doit être rapproché de l'asphyxie.

Les cris sont souvent accompagnés d'une abondante sécrétion de larmes; ce phénomène n'a pas lieu chez les jeunes enfants. La glande lacrymale ne fonctionne pas encore. Elle ne commence à sécréter que vers le troisième ou quatrième mois. Alors il est bon de tenir compte de la présence ou de la suppression des larmes; car les fonctions de la glande lacrymale se suspendent sous l'influence des maladies aiguës fort graves. La suppression des larmes pourrait être alors considérée comme un signe général important dans la prognose des maladies.

Les cris peuvent être altérés dans leur forme, dans leur timbre et dans leur durée.

Les altérations relatives à la forme des cris sont indiquées par leur état de faiblesse et par leur caractère pénible ou étouffé.

Cri asthénique. — La faiblesse des cris se rencontre surtout chez les jeunes enfants qui viennent au monde à peine viables, dans un demi-état d'asphyxie, et chez les enfants qui, un peu plus âgés, sont affaiblis par une maladie chronique et sont près de succomber.

Cri plaintif. — Le cri étouffé, plaintif, se rencontre principalement dans les affections des organes respiratoires et en particulier dans la pneumonie bien caractérisée. Alors chaque expiration est accompagnée d'un petit cri étouffé, ce qui constitue la *respiration expiratrice*; c'est un gémissement assez fort plutôt qu'un cri. Comme il est excessivement rare de le rencontrer dans le cours d'autres maladies, sa présence doit être prise en considération.

Cri cérébral. — Les altérations qui portent sur le timbre du cri sont assez importantes. Ainsi, le cri unique, aigu et très-fort, venant à des intervalles assez éloignés, a été rapporté par Maunoir, Coindet et par un grand nombre de médecins aux affections cérébrales aiguës. On lui a donné le nom de *cri hydrencéphalique*. Il manque trop souvent pour qu'on puisse lui accorder une valeur sémiologique absolue, et, d'autre part, il se rencontre également dans le cours de plusieurs autres maladies. Ainsi d'après Auvity, Billard et Valleix (1), ce cri aigu se rencontre dans le sclérème des nouveau-nés. Ici, toutefois, il est plus faible, très-fréquent, et il se reproduit à chaque minute. Ce n'est pas le même cri que dans la méningite, et il y a quelque chose de si particulier dans le *cri cérébral*, que si l'on rapproche ce phénomène des autres symptômes de la maladie on pourra en tirer bon parti pour le diagnostic.

Cri rauque. — Il n'y a guère qu'une maladie dans laquelle le cri présente des modifications importantes et caractéristiques : je veux parler du croup. Le cri est voilé, rauque, et il s'accompagne d'une inspiration bruyante que les auteurs ont comparée au chant du jeune coq. A la dernière période de cette maladie, la reprise disparaît, il ne reste plus que l'expiration rauque et considérablement affaiblie ; on peut vraiment dire que la voix est éteinte.

Cri chevrotant. — Billard (2) parle d'un cri chevrotant qu'il n'a rencontré que trois fois chez de très-jeunes enfants affectés d'une angine œdémateuse. Il soupçonne que cette modification appartient à la maladie dont il parle, mais il n'ose l'affirmer ; et il dit sagement qu'il faut attendre que de nouvelles observations soient venues confirmer ce fait.

Cri phréno-glottique. — Chez les jeunes enfants atteints de spasme de la glotte ou phréno-glottisme (voy. ce mot), il y a aussitôt après l'accès d'étouffement un petit bruit semblable au hoquet, qui annonce la fin de la crise et qui constitue le cri phréno-glottique.

La prolongation du cri des enfants n'indique pas autre chose qu'une douleur très-vive, sans aucun rapport avec l'affection de tel ou tel autre organe. Billard croit qu'on observe le cri prolongé dans les maladies du ventre, les coliques, l'iléus, la péritonite, etc. ; mais cela n'a pas été établi d'une manière bien précise, et l'on ne peut se prononcer définitivement sur cette assertion.

Quoique les signes fournis par l'étude du cri ne nous aient pas fourni de résultats toujours très-positifs, il ne faut pas les négliger, car dans certains cas ils sont pathognomoniques.

Il faut non-seulement écouter le cri naturel ou spontané, mais si les enfants ne crient pas quand on les observe, on peut les tracasser légèrement pour les obliger à pousser quelques cris qui pourront éclairer le médecin. En un mot, il faut provoquer les cris, afin de ne rien négliger dans l'examen des malades. Les signes fournis par le cri provoqué sont d'ailleurs, à peu de chose près, les mêmes que ceux qui se produisent spontanément par la douleur.

CHAPITRE V

DES SIGNES EXTÉRIEURS FOURNIS PAR L'EXAMEN DE LA BOUCHE ET DU VENTRE

Examen de la bouche. — L'inspection de la bouche fournit au médecin un grand nombre de signes qu'il lui est très-important de connaître. Ainsi, sans parler

(1) Valleix, *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1839, p. 627.

(2) Billard, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1837, p. 63.

des déformations et des paralysies de cette partie qui changent l'aspect du visage et dont il a été précédemment question, nous trouvons à étudier la coloration, la chaleur et la sécheresse de la muqueuse buccale et de la langue, leurs productions accidentelles, la manière dont la succion s'exerce, les produits de sécrétion, l'odeur, etc.

Chaleur fébrile. — Il suffit de mettre le doigt dans la bouche d'un jeune enfant pour apprécier s'il a ou s'il n'a pas la *fièvre*. En effet, la muqueuse est le siège d'une chaleur plus ou moins vive, accompagnée d'un état de sécheresse, qui n'est jamais très-considérable.

Gonflement des gencives, aphthes, muguet, ulcérations, fausses membranes, etc. — Lorsque le jeune enfant s'agite et crie, il ouvre largement la bouche, et l'on peut, en abaissant la langue avec une cuiller, apercevoir la rougeur, le gonflement, les ulcérations les aphthes, la gangrène des gencives, le nombre des dents déjà sorties, quelquefois aussi les amas de cryptogames du *muguet*, sous forme de grains blanchâtres, miliaires, développés sur la surface de la muqueuse, enfin les productions accidentelles de la voûte palatine, des amygdales, du voile du palais et du pharynx. C'est aussi par cette exploration qu'on découvre au frein de la langue l'*ulcération caractéristique* de la période convulsive de la coqueluche (1).

En mettant le doigt dans la bouche des jeunes enfants, on peut jusqu'à un certain point apprécier leur vigueur naturelle, et connaître l'état de faiblesse où la maladie les a jetés. Cette opération les trompe toujours ; ils croient prendre le sein et tettent avec plus ou moins d'avidité le bout du doigt. Les efforts de succion sont très-violents chez les enfants bien portants et chez ceux qui n'ont qu'une affection légère. Ils sont très-faibles, au contraire, et quelquefois nuls, chez ceux dont la constitution est ruinée par une maladie chronique, ou qui ont une affection aiguë très-sérieuse.

L'examen de la bouche n'est pas toujours très-facile. Les enfants qui sont plus avancés en âge luttent contre le médecin, et serrent les mâchoires avec force. Il faut alors leur serrer le nez, pour les forcer à respirer par la bouche. Ils crient, et l'on peut alors profiter de ce moment pour faire l'exploration.

De la bouche peut sortir une odeur infecte, et qui seule, par sa présence, indique la gangrène d'un point de la cavité buccale, l'une des plus terribles affections de l'enfance.

Je ne terminerai pas ce qui a rapport à l'examen de la bouche sans parler d'un phénomène qui inquiète quelquefois les parents, et qui n'a généralement aucune gravité. Je veux parler du flux de la salive. Il en est de cette sécrétion comme de celle des larmes. Elle n'existe pas durant les premiers mois de la vie ; elle ne s'établit que vers le cinquième ou sixième mois, aux approches de l'évolution dentaire, et probablement sous l'influence de l'excitation gingivale. La sécrétion de la salive qui se montre assez souvent chez les enfants atteints d'idiotie est habituellement un fait physiologique plutôt qu'un phénomène morbide. Ce liquide ne s'écoule si abondamment à l'extérieur qu'en raison de l'absence des dents destinées à le maintenir enfermé dans la cavité de la bouche.

Examen du ventre. — Le ventre est la partie la plus volumineuse du corps des enfants à la mamelle. Cette disposition est toute naturelle. Toutefois elle s'exagère beaucoup dans la diarrhée chronique et dans le rachitisme.

Dans l'état de maladie, il est important de savoir si le ventre est tendu, doulou-

(1) Voy. COQUELUCHE.

reux, gargouillant et occupé par du liquide, des gaz ou une tumeur, s'il y a des *taches rosées* à la surface; mais l'exploration n'est pas toujours facile, car l'agitation qu'elle détermine provoque des cris et la tension des muscles abdominaux, ce qui empêche d'arriver au résultat que l'on désire. Il faut alors distraire l'enfant en lui montrant un objet qui l'intéresse. Lorsque son attention est fixée, la main peut comprimer l'abdomen et reconnaître s'il est souple, s'il renferme quelque tumeur, et surtout s'il est douloureux. Les gestes et les cris de l'enfant sont, dans cette circonstance, l'indice de la douleur qu'il éprouve par la pression des mains, car ils cessent avec l'exploration.

Douleur. — Chez les enfants, la douleur du ventre n'est jamais bien vive, si ce n'est dans les coliques du nouveau-né, dans la péritonite aiguë et tuberculeuse, où elle est générale, et dans la fièvre typhoïde, où elle occupe la fosse iliaque droite; elle existe, mais à un faible degré, dans la diarrhée catarrhale et dans l'entéro-colite.

Dans la seconde enfance, le ventre offre des modifications plus nombreuses et dont la signification éclaire beaucoup le diagnostic.

Taches rosées. — A partir de l'âge de cinq ans, le ventre des enfants atteints de fièvre typhoïde, au huitième ou douzième jour, se couvre de *taches rosées lenticulaires* plus ou moins nombreuses; mais, avant cet âge, c'est une éruption qu'il est très-rare de rencontrer.

Pétéchies. — A la fin des maladies chroniques, il se fait souvent sur la peau du ventre une éruption de taches miliaires hémorrhagiques bleuâtres ou noires. C'est l'indice d'une mort prochaine. On les trouve aussi dans le *purpura simplex*.

Hydro-péritonie. — De la sérosité peut s'accumuler dans le péritoine et donner lieu à l'augmentation de volume du ventre et à de la fluctuation de la région hypogastrique. C'est l'indice d'une ascite simple ou symptomatique de la tuberculose entéro-mésentérique (carreau), de la néphrite albumineuse, des maladies de la rate, enfin des lésions organiques du cœur et du foie.

Tumeurs. — Des ganglions mésentériques tuberculeux, des tumeurs hydatiques, la rate hypertrophiée, etc., sont les tumeurs que l'on observe habituellement dans le ventre des enfants.

Gargouillement. — Le gargouillement produit par la pression de la paroi abdominale est un phénomène très-commun, qui indique une entérite simple lorsqu'il est générale, mais qui doit faire soupçonner la fièvre typhoïde lorsqu'il occupe la fosse iliaque droite.

Excavation du ventre. — La dépression des parois abdominales formant une concavité plus ou moins considérable, semblable à celle d'un *plat creux*, ou d'un *bateau*, en même temps que des ondulations de la peau dessinant les circonvolutions intestinales placées au-dessous, indiquent habituellement une méningite tuberculeuse aiguë. Cela est incontestable, si cette disposition s'accompagne de respiration inégale et suspicieuse.

CHAPITRE VI

DES SIGNES FOURNIS PAR L'EXAMEN DES VOMISSEMENTS

Le vomissement est chez le nouveau-né un phénomène normal dû au trop-plein de l'estomac par l'allaitement, et dans ce cas il succède à une éructation et se trouve composé de lait liquide ou incomplètement coagulé. A une époque plus avancée, ou quand il est formé de sang, d'eau et d'aliments ou de bile, il a une

signification différente et indique la gastro-entérite. Lorsqu'il se montre chez un enfant qui tombe malade sans fièvre, il veut dire *indigestion*; mais, s'il y a fièvre, il signifie *maladie aiguë* ou *fièvre éruptive* commençante.

Vomissements alimentaires. — Pendant la nuit ou après un repas trop copieux, le vomissement de matières alimentaires non suivi d'état fébrile est le résultat d'une indigestion.

Vomissements d'eau ou de bile. — Chez les enfants qui ont de la fièvre et qui vomissent une fois des aliments, des matières glaireuses ou de la bile, on doit craindre une rougeole, une variole, une scarlatine, une pneumonie ou une phlegmasie viscérale; mais si les vomissements se répètent en même temps qu'il y a de la constipation, il faut craindre l'apparition d'une méningite (voy. ce mot). Ce sont des *vomissements sympathiques*.

Quand les vomissements sont accompagnés de diarrhée jaune, verdâtre, aqueuse ou riziforme blanchâtre, il y a lieu de craindre une entérite simple, le choléra infantile ou le choléra asiatique (voy. ces mots). Ce sont des *vomissements symptomatiques*.

Si les vomissements sont composés des matières alimentaires mêlées à des glaires striées de sang et à du muco-pus blanchâtre épais assez abondant, ils résultent d'un effet mécanique de titillation de la luette, et ils dépendent de la coqueluche (voy. ce mot).

Vomissement de sang. — Le vomissement de sang est très-rare chez les enfants, mais on l'observe quelquefois. J'en ai vu plusieurs exemples, entre autres un chez une petite fille qui tétait une mère affectée de gerçures au sein. Avec le lait, l'enfant suçait du sang, et elle le rejetait par la bouche en même temps qu'elle avait du mélæna. Il suffit de changer la nourrice pour faire disparaître cet accident, peut-être unique dans les annales de la science.

Vomissement de sarcine. — Chez des enfants à la fin de la première enfance, il y a quelquefois des gastrorrhées persistantes qui produisent des vomissements continuels de matières aqueuses et spumeuses, à la surface desquels il y a des amas de matière blanchâtre, qui ne sont pas autre chose que de la *sarcine* (fig. 1). Ce sont des cas très-rares et presque toujours mortels.

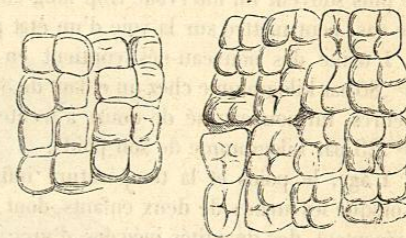


Fig. 1. — Sarcine.

CHAPITRE VII

DES SIGNES FOURNIS PAR L'EXAMEN DES EXCRÈMENTS

Chez le nouveau-né, chez les enfants à la mamelle et dans la seconde enfance, les excréments ont des apparences très-différentes qui sont en rapport avec le mode d'alimentation et avec l'état d'intégrité des voies digestives. Tantôt ils sont jaune clair ou jaune verdâtre, mélangés de grains blancs de caséine; tantôt ils sont jaunes, verdissant à l'air, ou verts au moment de l'excrétion; et ailleurs ils renferment des matières glaireuses et filantes, des stries de sang, du sang,