

FMBSH  
RD 137  
- 5  
B7

# LEÇONS CLINIQUES

DE

## CHIRURGIE INFANTILE

### PREMIÈRE LEÇON

#### EXAMEN D'UN ENFANT ATTEINT D'UNE LÉSION DES MEMBRES

I. — *Interrogatoire des parents.* — Hérité tuberculeuse, syphilitique, alcoolique; nécessité fréquente de ne pas aborder la question de front. Renseignements sur la grossesse, l'accouchement. Difficulté possible de déterminer si une lésion est congénitale. Évolution de la lésion : début brusque ou lent; rôle d'un trauma initial.

II. — *Examen de l'enfant.* — Interrogatoire direct. Examen local : enfant nu; examiner comparativement les deux côtés sur le sujet debout et immobile, en marche, couché. Inspection du sujet debout et en marche : attitudes, raideurs, claudication, signe dit du maquignon. Enfant couché : inspection, palpation, pression localisée, étude des mouvements communiqués. Nécessité, dans toutes les explorations, de réduire la douleur au minimum, de toujours terminer l'examen par celui de la région douloureuse. Nécessité possible de la chloroformisation.

Quel que soit l'âge du malade pour lequel vous êtes consultés, vous n'arrivez avec précision au diagnostic d'une lésion ostéo-articulaire que si vous procédez à l'examen avec une méthode toujours la même; et ce qui est spécial ici à la chirurgie infantile, ce n'est pas la méthode, mais la manière de s'en servir, la manière de manipuler l'enfant, de triturer la matière sur laquelle vous allez travailler.

Quand un sujet se plaint d'une lésion du squelette, votre diagnostic comporte la solution des deux problèmes suivants : 1° quel est le siège du mal ; 2° quelle est sa nature. Et pour déterminer exactement le siège, il faut que vous sachiez quel est le membre atteint ; dans ce membre, quel segment ; dans ce segment, l'os ou la jointure, isolés ou associés. Pour atteindre ce but, vous avez à votre disposition : 1° l'interrogatoire des parents, puis de l'enfant ; 2° l'examen local fondé sur l'inspection du membre en activité et, pour finir, sur la provocation de certains signes et symptômes révélateurs de l'état que vous avez été amenés à soupçonner.

*Déterminer le membre malade*, c'est à peine s'il est utile d'en parler : du bras à la jambe vous ne vous tromperez pas. Mais sachez que, dans certaines conditions précises, il peut être assez délicat de savoir si la lésion porte sur le rachis ou sur la hanche : je vous signalerai sans doute un jour les cas où un mal de Pott peut simuler une coxalgie.

Mais savoir *dans un membre quelle est la jointure malade* n'est pas toujours facile, et de ceci la preuve est nettement fournie par l'étude des *arthrites de la hanche*. De quoi se plaignent, en effet, un nombre considérable de ces malades ? Avant tout d'une *douleur au genou*. Et cet exemple de *douleur à distance* est loin d'être le seul que vous rencontrerez dans l'étude des lésions ostéo-articulaires. Si vous êtes instruits de cette particularité, vous dirigerez bien votre interrogatoire ; puis, en regardant le sujet debout, puis marchant, vous prendrez une première teinture, vous vous ferez une première idée : et de cette idée vous aurez à chercher la confirmation, pour démontrer d'une façon absolue que, le genou n'ayant rien, c'est, au contraire, la hanche qui est malade.

Reste la question de nature : alors interviennent tous les renseignements que vous pourrez obtenir sur les antécédents personnels et héréditaires du sujet, sur la marche aiguë, subaiguë ou chronique des accidents actuels.

Tel est le schéma général : passons maintenant aux détails. Pour cet exposé, je suivrai un ordre peut-être par moments un peu artificiel : c'est indispensable, car le mode de succession.

dans l'examen, des signes et symptômes n'est pas immuable. Mais vous ferez vite, par vous-mêmes, les rectifications nécessaires.

## I

I. *Interrogatoire des parents*. — A. Les premiers renseignements nous seront fournis par l'*anamnèse héréditaire* : les quatre grandes catégories d'antécédents à rechercher concernent les monstruosité et vices de conformation divers, la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme. De tout cela vous verrez l'application pour chaque cas particulier : la règle générale doit être de ne pas aborder le problème de front. Sans doute, bien souvent l'existence d'une de ces hérédités est évidente, et du premier coup vous verrez que le père, la mère, ou les deux, sont disposés à parler. Mais bien souvent aussi ils cherchent à dissimuler ce qu'ils considèrent comme une tare ; ou ils ignorent réellement ce que vous leur demandez.

Aussi, à moins que l'aveu ne vienne tout de suite et spontanément, mettez des gants pour l'obtenir. C'est surtout pour la syphilis que la prudence est exigée. Affirmez à un mari qu'il doit avoir eu la syphilis, et supposez maintenant que l'origine soit maternelle : vous voyez quelle jolie querelle conjugale vous aurez soulevée. Au contraire, quand vous avez besoin de commémoratifs pour confirmer un diagnostic que vous soupçonnez, recherchez d'abord si la mère a fait de nombreuses fausses couches, si plusieurs enfants sont morts en bas âge ; puis passez aux accidents personnels qu'ont pu présenter le mari d'abord, la femme ensuite. Et pour ces accidents, commencez par ceux dont la valeur diagnostique est le moins connue du public, n'arrivez qu'en dernier lieu aux « boutons » sur la peau, et surtout « aux parties ». En quelques minutes, vous aurez ainsi appris si les parents sont francs, dissimulateurs ou ignorants, et vous agirez en conséquence.

B. Les renseignements relatifs à la *grossesse* et à l'*accouchement* sont, en général, moins importants.

*Grossesse* facile ou difficile ne signifie pas grand'chose. Les traumatismes subis par la femme enceinte sont, la plupart du temps, à négliger. Mais parfois vous trouverez, dans une maladie infectieuse survenue pendant la grossesse, l'explication d'accidents sans cela bizarres : ainsi j'ai vu, à plusieurs reprises, un petit idiot à mains palmées, à jambes parésiées, qui a quatre ou cinq frères et sœurs tout à fait bien constitués et dont l'hérédité tératologique est nulle, mais dont la mère a eu, étant enceinte de lui, la fièvre typhoïde. De même, j'ai possédé une chatte qui a contracté, étant pleine, une coqueluche très nette, avec quintes intenses : sur six petits elle a fait trois malbâtis — un exomphale et deux hémiplegiques — alors qu'auparavant elle avait produit, à plusieurs reprises, des rejetons bien constitués. Puis, elle est restée stérile.

Il est des cas où vous aurez besoin de savoir si l'*accouchement* a été facile ou difficile, long ou court, simple ou instrumental : par exemple, pour différencier certaines paralysies radiculaires obstétricales de certaines hémiplegies ou monoplegies corticales, dues ou non au forceps. Sachez encore que certaines lésions sont en rapport avec certaines présentations, et si on vous apporte un enfant atteint soit d'un torticolis, soit d'une petite tumeur spéciale par rupture du sterno-mastoïdien, demandez toujours si l'accouchement a eu lieu par les fesses. A cela il y a deux avantages : d'abord, vous vous instruisez, et, dans notre métier, il est bon d'être curieux ; en outre, comme vous tomberez d'ordinaire juste, votre perspicacité étonnera la mère, et, dans notre métier, il est bon de passer pour un peu sorcier.

C. La lésion est-elle *congénitale*? La réponse est, la plupart du temps, évidente ; et, en présence d'un enfant dont l'anus est imperforé, je ne vous conseille pas de répéter la phrase demeurée classique : « A quoi vîtes-vous, madame, que votre enfant n'allait pas à la garde-robe? » Pas plus qu'il n'est bon de demander si un nouveau-né qu'on vous présente pour un bec-de-lièvre ou une ectromélie, est né comme cela.

Mais déjà je viens de vous dire que certaines lésions congénitales peuvent se ressembler. Voici un nouveau-né dont le bras ne bouge pas et n'a jamais bougé : a-t-il une fracture de l'humérus,

une paralysie radiculaire par traction, une lésion cérébrale par forceps ou une maladie cérébrale proprement dite? Songez à ces hypothèses et vous aurez vite fait d'éliminer les unes, de confirmer les autres ; mais j'ai vu des enfants pour lesquels le médecin n'y avait pas songé et était ainsi tombé dans une erreur grossière, parfois fort préjudiciable à la rectitude du pronostic et du traitement.

Les constatations sont encore quelquefois délicates lorsque l'enfant a, pendant plus ou moins longtemps, été en nourrice et que vous voyez non pas la nourrice, mais la mère. Supposez, par exemple, qu'il s'agisse d'un pied bot léger lors de la naissance et aggravé faute de soins : aisément, père et mère vous jureront leurs grands dieux qu'il n'y avait rien à la naissance. C'est une tare, pour une famille, que d'y compter un malbâti, et on se raccroche à la moindre branche.

Le cas précédent sera exceptionnel, je vous l'accorde. Mais, pour la luxation congénitale de la hanche, il sera presque constant. Oui, il est des enfants chez lesquels, de très bonne heure, quelques signes locaux attireront votre attention ; mais presque toujours c'est seulement au début de la marche que la lésion est reconnue, et alors on incrimine les mauvais soins de la nourrice, une chute, que sais-je encore!

Soyez avertis, et pour ne pas vous y laisser prendre, demandez tout simplement à *quel âge l'enfant a marché*. A douze mois environ un enfant doit marcher, et, s'il ne marche pas, c'est qu'une cause pathologique intervient : luxation congénitale de la hanche, rachitisme, paralysie infantile sont les plus fréquentes et la plupart du temps il vous suffit d'y songer pour savoir à laquelle vous avez affaire. Quant aux cas douteux, posez la question suivante : *comment l'enfant a-t-il marché*, d'abord normalement, puis mal, ou toujours d'une manière vicieuse? C'est là un renseignement capital pour vous mettre immédiatement sur la voie du diagnostic d'une luxation congénitale de la hanche.

D. Après avoir constaté qu'une affection n'est pas congénitale, faites préciser quelle a été son *évolution*. Quelquefois, en effet, ce sera tout à fait caractéristique, et c'est à peine si j'ai besoin de

vous rappeler la forme classique de la paralysie infantile, avec son début brusque et ses paralysies d'abord étendues, bientôt partiellement amendées. Mais quand ces allures spéciales feront défaut, alors commencera votre embarras, et pour certaines formes chroniques d'emblée, peu accentuées, localisées à un membre inférieur, vous croiriez volontiers à une coxalgie si l'examen local de la hanche ne vous éclairait point.

Prenez maintenant une maladie osseuse. Quand l'acuité du début aura été franche, vous diagnostiquerez tout de suite une ostéomyélite. Et c'est parmi les lésions inflammatoires à forme torpide que vous aurez à faire le choix de ce qui revient à l'ostéomyélite chronique d'emblée, à la syphilis, à la tuberculose. La plupart du temps vous ne vous tromperez pas si vous suivez les règles spéciales que je vous indiquerai pour chacune de ces lésions en particulier. Dans les cas douteux, vous attribuerez une grande importance aux renseignements héréditaires bien choisis, comme je vous l'ai dit il y a un instant.

E. En pratique aussi bien qu'en théorie, il est fort intéressant de savoir quelle a pu être la part d'un *trauma* dans la genèse et l'évolution d'une lésion ostéo-articulaire. Or, vous vous heurtez à une grosse difficulté : un coup, une chute sont, aux yeux des parents, une explication très commode ; car une diathèse, c'est mal porté, et le trauma vient à point pour sauvegarder l'amour-propre des fabricants. Et cependant, il peut avoir, il a assez souvent, une influence réelle.

Avant de lui attribuer une valeur, il faut bien faire préciser : sa date, sa nature, son intensité, son point d'attaque. On vous montre un enfant qui a une arthrite de la hanche, et on vous dit : « C'est suite d'une chute. » *Quand a eu lieu cette chute ?* Cette question restera, la plupart du temps, sans réponse, et vous arriverez à démontrer que dans le cerveau maternel s'est fait le travail suivant : mon enfant boite, or c'est moi qui l'ai fait, donc il est bien fait, donc il a dû tomber, donc il est tombé. Ce sorite ne vaut pas celui du renard : je vous le signale pour que vous vous en méfiez.

A supposer qu'on puisse vous dire : l'enfant est tombé tel jour,

à telle heure, ne concluez pas avant qu'on vous ait répondu à la question suivante : *Comment marchait-il avant l'accident ?* Et pour éclairer votre religion, employez toujours le même système : ne posez pas une question trop brutalement nette, mais informez-vous si l'enfant aimait à jouer, à courir, pendant combien de temps il pouvait marcher sans fatigue.

Même si vous ne pouvez rien trouver de préalable, ne vous tenez pour satisfaits que *si le trauma a été suivi immédiatement de la gêne fonctionnelle pour laquelle on vous consulte*. Que de fois on vous déclarera que l'enfant ne se sert plus bien de son coude, par exemple, à la suite d'une chute ; et, si vous savez votre métier, vous apprendrez que cette chute, si elle n'est pas imaginaire, a eu lieu un mois avant les premiers troubles.

Ces préliminaires déblayés, vous êtes à point pour pratiquer l'examen du malade lui-même.

## II

II. *Examen de l'enfant*. — A. Dès que l'enfant est en âge de comprendre ce que vous lui dites, et de vous répondre, vous devez l'interroger directement. La chirurgie infantile a souvent des points de contact avec la médecine vétérinaire, mais pas toujours ; et même moins souvent que vous ne seriez peut-être tentés de le croire. A la condition toutefois que vous sachiez vous y prendre et, comme je vous l'ai dit au début de cette leçon, triturer la matière.

D'abord, un enfant ne vous répondra que si vous l'avez rendu confiant, d'où ce précepte de lui donner des bonbons, et jamais des claques.

Deuxième précepte : parlez avec précision, sur des sujets que l'enfant peut comprendre, et avec des termes que l'enfant peut comprendre. Quand j'étais interne, un de nos collègues étrangers, plus ancien que moi, était légendaire parmi nous, parce qu'il interrogeait les ouvriers à l'hôpital en leur demandant : « Avez-vous pyrexie ? » Cela vous fait rire, parce qu'ici le contraste est

grossier entre le terme technique et la culture intellectuelle du malade ; quand nous parlons à un enfant, il nous en échappe souvent du même calibre, ou à peu près. Employez les petits mots propres à l'enfance, interrogez sur les jeux, la fatigue, l'école, et vous serez surpris des réponses que vous obtiendrez, pour établir, par exemple, où siège une douleur, si elle est calmée par le repos au lit, et exaspérée par la marche.

B. Il va sans dire, cependant, que le cercle des questions est limité, et que l'*examen local*, direct, prime tout.

Deux règles dominent cet examen :

1° Le sujet doit être examiné tout nu, nu « comme un plat d'étain ».

2° L'examen doit toujours être pratiqué comparativement des deux côtés, en commençant par le côté probablement sain. L'état normal, en effet, n'a rien d'absolu, il varie jusqu'à un certain point d'un sujet à l'autre. Certes, une lésion nettement constituée est assez évidente par elle-même ; mais si voulez dépister une lésion au début, la comparaison avec le côté sain est un point de départ indispensable. Ce qui est normal pour l'un n'est pas normal pour l'autre ; mais volume des os, mouvements des jointures, sensibilité à la pression, doivent être symétriques, et, si vous avez un point de comparaison auquel vous puissiez vous reporter vingt fois de suite au besoin, votre finesse d'analyse va se trouver considérablement accrue. Or, la précocité du diagnostic a sur l'efficacité de la thérapeutique une influence de premier ordre.

Les *explorations physiques* que vous devez entreprendre ont pour agents l'inspection, la palpation, la pression localisée.

Lorsque le sujet a de la fièvre ou des douleurs intenses, ou les deux à la fois, il va sans dire que vous ne l'examinerez que couché : ainsi pour les ostéomyélites, pour les fractures du membre inférieur. Mais toutes les fois que ce sera possible — et ce sera presque toujours le cas pour les lésions chroniques — la règle absolue est de le *regarder successivement debout et immobile, pendant la marche, puis couché*.

L'inspection du *sujet debout* vous fournit quelques données sur le gonflement d'une région, sur l'atrophie d'une autre : et c'est ici

qu'il est capital de regarder comparativement les deux côtés. Mais ce que vous devez étudier tout particulièrement, c'est l'*attitude comparée des membres*.

Tantôt vous constaterez ainsi directement que les leviers osseux de deux segments sont, l'un par rapport à l'autre, en position vicieuse : vous apprécierez, par exemple, que le genou est dévié en valgus ou anormalement fléchi. Mais de ce que le genou est fléchi, ne concluez pas qu'il est forcément le siège du mal ; n'oubliez pas, en effet, que les jointures ont coutume de se suppléer, et que la flexion du genou peut fort bien signifier seulement que le sujet cherche instinctivement à alléger la hanche malade. Pour éviter cette erreur, regardez attentivement, et en disant à plusieurs reprises au sujet de marcher, puis de s'arrêter : vous verrez exactement comment a lieu chaque fois l'appui sur les membres. Si vous voulez arriver de la sorte à des conclusions nettes, il faut que vous répétiez l'examen plusieurs fois de suite, sans vous lasser, de façon à acquérir chaque fois quelques notions qui vous serviront de point de départ pour l'inspection suivante : il faut aussi que vous regardiez le sujet dans toutes les directions, de face, de dos, de profil ; il faut enfin que, après avoir conclu que la hanche, par exemple, est malade, vous regardiez avec soin les saillies extérieurement visibles du bassin, des apophyses épineuses du rachis, car cela vous donnera une première idée des déviations compensatrices, si importantes à rechercher.

Je viens d'insister sur le membre inférieur, mais au membre supérieur également l'inspection du sujet debout a quelque utilité. C'est à peine si j'ai besoin de vous rappeler l'attitude « *claviculaire* » du sujet atteint de fracture de l'épaule ou de la clavicule : moignon abaissé, avant-bras fléchi et soutenu contre l'abdomen par la main saine, tête inclinée du côté malade. L'inspection vous révélera ici assez aisément le gonflement, les déformations de la clavicule, de l'épaule, de l'omoplate, du coude, du poignet.

C'est une première teinture, je vous le répète, que vous devez prendre en regardant le sujet debout et immobile ; et dans cette vue d'ensemble vous aurez acquis certaines notions sur le plus ou moins de netteté avec laquelle apparaissent les saillies osseuses péri-

articulaires; sur la direction et la profondeur de certains plis, tels que les plis fessiers. Notions de second ordre, mais précieuses pour vous conduire vite, par le droit chemin, aux explorations définitivement probantes.

Par l'*examen du sujet en marche* vous allez bientôt limiter vos investigations. Cet examen n'a d'utilité réelle que pour les lésions du membre inférieur et du rachis : c'est lui qui vous fera reconnaître si le tronc ou les membres inférieurs sont enraidis, ou fonctionnent normalement. Dans les cas ordinaires, il vous suffit de voir marcher un sujet atteint de mal de Pott, pour vous apercevoir que son tronc est raide; et si vous le faites tourner au commandement avec brusquerie, vous saurez mettre en évidence une raideur pathologique encore légère, à peine visible dans les mouvements habituels.

C'est surtout pour l'étude de la claudication que l'inspection du sujet en marche est précieuse. Avec un peu d'habitude, vous aurez dans l'œil l'allure générale de la boiterie par lésion de la sacro-iliaque, de la hanche, du genou, du pied; et pour peu que vous prêtiez attention, il vous sera, en tout cas, assez aisé, en vous y prenant à plusieurs reprises, en regardant le sujet dans tous les sens, debout, marchant, virant, de savoir quelle jointure est raide. Soyez instruits, et du premier coup vous distinguerez la paralysie infantile par la simple vue d'une jambe jetée en avant, un peu comme celle d'un ataxique; et il vous suffira de voir une boiterie avec balancement et déhanchement, pour savoir que vos recherches ultérieures vont se trouver circonscrites entre la luxation congénitale de la hanche, la coxa vara, le genu varum, la paralysie des muscles fessiers.

Lorsque la claudication est légère, peu visible, vous pouvez faire comme les maquignons et *écouter la marche*. A condition, bien entendu, que le malade ait une chaussure avec talon et marche sur un sol sonore. Alors, avec un peu d'attention, vous percevrez une différence dans l'intensité avec laquelle chaque membre frappe le sol. Dans les livres classiques, c'est toujours à propos de la coxalgie qu'on décrit ce *signe du maquignon*. Or, il ne lui appartient nullement en propre : que ce soit en raison d'une lésion

de la hanche, du genou ou du pied, il se produit de même. Une de ces jointures est malade; chaque mouvement, chaque pression surtout y éveille une douleur perçue ou non perçue, et, instinctivement, l'appui correspondant est, pour ainsi dire, escamoté, puis suivi d'une chute plus violente sur le membre sain.

Mais si les choses se passent ainsi pour une lésion douloureuse, c'est l'inverse que vous observerez dans d'autres circonstances. Soit un sujet atteint d'un raccourcissement du membre inférieur avec ankylose du genou en bonne position; c'est à l'appui du membre anormal que le son va se trouver accru, car plus on tombe de haut plus la chute est sonore; et, par comparaison, vous pouvez être tentés de croire que le son du côté normal est diminué.

Donc, ce signe peut vous servir à reconnaître une claudication encore invisible ou à peu près; mais il ne signifie pas que la hanche soit en jeu; il ne vous permet même pas de dire que le pas le plus sonore corresponde au membre sain.

Jusqu'à présent, j'ai passé en revue devant vous des symptômes qui n'ont rien de pathognomonique; ils peuvent, au contraire, être communs à plusieurs lésions. Mais déjà, pour peu que vous ayez l'œil américain, au bout de quelques minutes d'inspection vous serez parvenus à glaner quelques signes grâce auxquels vous saurez presque toujours de quel côté, vers quelle articulation porter immédiatement vos investigations démonstratives. C'est alors que le moment sera venu d'*examiner l'enfant couché*.

Mais ici, attention! Bien souvent l'enfant va avoir peur dès que vous allez le faire coucher. Vous l'avez fait jouer, sauter, marcher, courir, virer, tout en causant avec lui, et jusqu'à présent il s'est prêté docilement à vos ordres. Ne parlons pas de ces enfants insupportables, mal élevés, criant dès qu'on les déshabille, sur lesquels se reconnaît à première vue l'influence déplorable de l'éducation par la grand'mère, et surtout par la grand'mère à la campagne. Avec ceux-là, rien à faire : dès le début de l'examen, vous devenez vétérinaires, avec cette aggravation qu'à votre vue seulement l'animal crie et se débat.

Dans notre clientèle parisienne, en ville aussi bien qu'à l'hôpital,