

la plupart du temps vous ne vous heurtez pas à cette difficulté : quelques bonbons, et l'enfant est gentil, obéissant. Mais quand vous voulez le coucher, les choses changent, car cela est souvent lié dans son souvenir à un examen médical au cours duquel on lui a peut-être fait mal. Avec de la patience, vous parviendrez presque toujours à effacer l'impression laissée par votre prédécesseur; et pour votre propre compte vous n'en laisserez jamais une semblable.

Un point important, dans cette partie de l'examen, consiste à bien savoir quelle aide vous devez attendre des gens qui entourent l'enfant : grand'mère, nourrice, mère dans la plupart des cas. Que voulez-vous faire quand, dès votre entrée dans la chambre, vous voyez une vieille larmoyante qui serre « ce pauvre petit » dans les bras pour le consoler du mal qu'il va subir? C'est presque constant avec les grand'mères : affaire de sensibilité sénile. C'est presque aussi fréquent avec les nourrices : affaire de stupidité habituelle chez ce genre de vaches laitières. C'est plus rare avec la mère, à moins qu'il ne s'agisse d'un fils unique, ou d'un dernier venu à long intervalle; ce que vous reconnaîtrez, pour les garçons, en les voyant jusqu'à l'âge de sept à huit ans avec leurs cheveux longs et bouclés, avec des vêtements de fille même. A l'hôpital vous aurez vite appris que je n'exagère rien : tous les jours nous voyons des enfants impossibles à examiner en présence de leur grand'mère; nous les recevons dans la salle et le lendemain ils sont aimables et répondent, pourvu que nous sachions nous y prendre.

A cet égard, voici les règles :

- 1° Réduisez toujours la douleur inévitable au minimum;
- 2° Prévenez toujours l'enfant, en lui disant : « Je vais te faire un peu de mal, mais dis-le-moi tout de suite, et je m'arrêterai ». Ne mentez jamais avec un enfant. Je n'oserais pas vous donner le conseil de ne mentir jamais avec les adultes, car cela pourrait nuire à votre avancement;
- 3° Conservez toujours pour la fin l'exploration que vous savez douloureuse.

Avec un enfant sage, vous apprécierez facilement la douleur

provoquée. Mais deux écueils sont à éviter : certains enfants font les stoïques et répondent toujours : « Ça ne me fait pas de mal »; d'autres, au contraire, je viens de vous le dire, hurlent quand vous tirez le cordon de la sonnette. Il est heureusement facile de tourner la difficulté en regardant la face du sujet : une douleur réelle y provoque toujours une contraction passagère, appréciable même au milieu des cris; et puis, comme la grenouille décapitée, l'enfant en colère ou stoïque conserve des mouvements de défense, qu'il coordonne par réflexe, de façon à porter la main vers la région où on lui fait mal.

Ces préceptes généraux, que j'ai réunis avec tout ce qui concerne la psychologie de l'enfant et de sa famille, ne vous servent à rien pour l'*inspection de l'enfant couché*, inspection qui vous révèle l'attitude du membre, la forme de la région, l'existence de l'œdème et du gonflement, la rougeur diffuse de la peau et celle des traînées de lymphangite, l'engorgement de certains ganglions. Ainsi, le gonflement avec rougeur et veines dilatées, chez un sujet fébricitant, vous conduit immédiatement au diagnostic d'ostéomyélite aiguë. Regardez les éminences osseuses, leurs rapports entre elles, leur saillie anormale, ou au contraire leur effacement au milieu de tissus empâtés; constatez en de certains lieux d'élection que les méplats péri-articulaires sont soulevés par une synoviale fongueuse ou pleine de liquide; voyez enfin s'il y a des cicatrices, des fistules, et quels sont leurs caractères objectifs. Et cela fait, la plupart du temps votre diagnostic sera achevé : vous saurez quel os, quelle jointure sont malades; vous serez presque fixés sur la nature de la lésion : ostéomyélite, syphilis, tuberculose; et l'œuvre manuelle qui vous reste à accomplir va être à la fois courte et peu douloureuse.

C'est avec la *palpation* que commence la douleur : mais à peine, si vous êtes adroits et instruits. Effleurez d'abord le membre sain, en insistant davantage sur la région symétrique de celle que vous croyez malade; puis sur le membre malade commencez par les parties saines. Arrivez à la région malade : sans appuyer, sans faire de mal, vous sentez si quelque chose y bombe, si ce quelque chose est plus ou moins mou, plus ou moins dur. Si ce gonflement vous

paraît indolent, vous pouvez aller plus loin et y rechercher la fluctuation. Mais si la région est douloureuse, arrêtez-vous, et ne faites pas souffrir le sujet pour rien.

Étant donnée une fracture, par exemple, à quoi cela vous sert-il d'y rechercher la crépitation? Avec la mobilité anormale, vous avez presque toujours de quoi porter un diagnostic sans faire souffrir le malade; et si elle fait défaut, contentez-vous de la douleur nette et circonscrite à la pression localisée.

Ou bien, supposez une ostéomyélite aiguë: avant d'opérer, il est indispensable de savoir s'il y a un abcès et où est cet abcès, pour inciser à son niveau; mais que cette recherche, horriblement douloureuse, soit réservée pour le moment où l'enfant sera anesthésié, puisque, ayant diagnostiqué une ostéomyélite, vous devez, en tout état de cause, endormir le sujet et trépaner l'os malade. Or, pour poser ce diagnostic, la fièvre, le gonflement, la douleur à la pression ne vous suffisent-ils pas?

Palpez donc doucement: d'autant plus que les mouvements les moins violents sont ceux qui vous donnent les sensations les plus fines. Quand les méplats péri-articulaires ne seront pas encore effacés, vous sentirez, au fond, contre l'os, la synoviale épaissie; et si vous avez soin de palper avec deux ou trois doigts, par de petits mouvements de va-et-vient, dans les régions où vous savez que se replie la synoviale à chaque jointure, vous sentirez des épaisissements très légers, puisque vous aurez choisi l'endroit où la synoviale est en double épaisseur.

Cela fait, continuez à palper d'une main, et de l'autre communiquez quelques légers mouvements à la jointure, et déterminez ainsi la forme, la place, la netteté des saillies osseuses que vous connaissez en anatomie normale, des interlignes articulaires. A plusieurs reprises reportez-vous au côté sain, qui doit toujours vous servir d'étalon, et vous décélérez, dès leur début, des empâtements péri-articulaires légers, des laxités anormales des ligaments. Il va sans dire que jamais vous ne laisserez passer inaperçue une luxation traumatique, congénitale ou pathologique.

Allez plus loin et vous apprendrez à faire la part de ce qui, dans le gonflement, revient aux os et aux parties molles. Par la palpa-

tion enfin, recherchez toujours et de parti pris l'état des muscles, plus ou moins atrophiés, des ganglions, plus ou moins engorgés.

La palpation terminée, pour démontrer la participation d'une articulation, c'est la raideur de cette jointure qu'il convient de mettre en évidence. Lorsque les lésions sont un peu avancées, cela saute aux yeux. Mais, pour poser un diagnostic précoce, il est indispensable de connaître exactement la physiologie normale de chaque articulation, d'explorer sur le sujet lui-même l'articulation saine, et de communiquer ensuite à l'articulation suspecte certains mouvements déterminés et bien réglés. Pour chaque articulation, ces mouvements sont spéciaux: ainsi, à la hanche, c'est d'abord l'abduction qu'il faut interroger; au genou, c'est l'extension. J'aurai à y insister dans l'étude de chaque tumeur blanche en particulier, et je me borne, pour le moment, à insister, d'une manière générale, sur l'importance capitale de la *limitation des mouvements* comme signe précoce et pathognomonique d'une arthrite.

Cette exploration est indolente: il est inutile de forcer le mouvement limité jusqu'à éveiller une souffrance qui ne serait pas, pour vous, réellement indicatrice. La vraie manière d'explorer la douleur, qu'il s'agisse d'une articulation ou d'un os dans la continuité, d'une lésion inflammatoire ou traumatique, c'est de procéder par *pressions localisées*. Partez d'un point que vous savez sain, et rapprochez-vous progressivement de l'endroit malade, en appuyant de place en place avec l'index droit, sans jamais laisser entre deux pesées plus que la largeur de votre doigt. De la sorte, vous saurez bien vite s'il existe une région douloureuse, si cette région est limitée ou étendue, si elle intéresse l'os ou seulement les parties molles; si, en particulier, dans une arthrite, elle occupe une épiphyse ou les deux, ou seulement la synoviale. Il est bien évident que pour chaque articulation vous devrez être bien exactement repérés sur les saillies osseuses extérieurement appréciables, que vous aurez déterminé avec précision — en vous renseignant d'abord par l'examen du côté opposé — où est l'interligne, où sont les culs-de-sac synoviaux, etc.

Telles sont les règles générales que vous devrez appliquer à l'examen d'un membre. Pour être complet, je devrais vous parler

de l'exploration des fistules au stylet, mais il est bien rare qu'elle soit nécessaire. Quand il existe une fistule, presque toujours vous pouvez savoir sans stylet si elle est ou non ossifluente, si elle exige ou non votre intervention. Au moment d'opérer, le stylet deviendra un guide utile, mais alors l'exploration se confond avec le premier temps de l'opération, le sujet étant anesthésié. Pourquoi donc pratiquer à l'avance ce cathétérisme qui toujours effraye l'enfant? Pour savoir si l'os est carié ou s'il y a un séquestre? Votre détermination ne sera en rien influencée par cette manœuvre, inutile d'autre part au diagnostic de la nature du mal. Aussi je vous conseille, la plupart du temps, de vous abstenir, à moins que vous ne passiez une épreuve d'examen ou de concours, car il y a des juges capables de vous en vouloir.

Dans certaines circonstances exceptionnelles, tout cela ne vous aura pas conduit au but, et il sera nécessaire de chloroformiser l'enfant, pour recourir à des manœuvres spéciales, ou pour démontrer si, une contracture musculaire ayant cessé, l'articulation est absolument souple et libre, ou si vous y constatez des craquements. Quand je vous parlerai des fractures avec fièvre j'aurai, par exemple, à vous raconter l'histoire d'une fillette que j'ai dû endormir pour constater la crépitation révélatrice d'une fracture que tout concourait à faire méconnaître. Mais il s'agit ici d'exceptions, et dans la pratique usuelle vous devez en faire abstraction.

Si vous vous astreignez à un examen méthodique, bien réglé, pratiqué dans un ordre immuable, en vous reportant toujours au côté sain, vous poserez des diagnostics précoces et complets, vous saurez exactement où siègent les lésions, et où elles en sont. Il vous restera alors à scruter minutieusement les antécédents personnels ou héréditaires de votre malade; à chercher sur les autres parties du corps la trace d'autres lésions similaires, en activité ou cicatrisées; à examiner les viscères; à savoir si l'état général est bon, médiocre ou mauvais. Vous comprendrez l'intérêt considérable de ces questions surtout quand vous étudierez les ostéo-arthrites tuberculeuses; et vous verrez alors que leur solution est indispensable à l'établissement d'un pronostic sage, à l'institution d'une thérapeutique efficace.

DEUXIÈME LEÇON

HÉMARTHROSE DU GENOU¹

- I. — Histoire clinique d'un enfant: chute sur le genou avec possibilité d'une piqûre d'aiguille. Signes habituels d'un épanchement liquide dans le genou; rapidité caractéristique de l'hémarthrose. Absence d'ecchymose. Crépitation sanguine. Absence de points osseux douloureux à la pression.
- II. — La fièvre a été dans ce cas un symptôme capable de faire croire à une arthrite aiguë. Autres observations analogues. Importance de connaître les caractères de cette fièvre aseptique pour éviter une arthrotomie inutile.
- III. — Indications de la ponction ou de l'incision en cas d'hémarthrose. Discussion sur la coagulation du sang dans la synoviale. Chez l'enfant, s'en tenir à une courte immobilisation suivie de massage.

Les épanchements sanguins traumatiques du genou se reconnaissent assez facilement, grâce à quelques symptômes qui leur sont propres et surtout à leur évolution spéciale; le mode de début seul suffirait à les différencier non seulement des autres lésions articulaires, mais encore des épanchements purement séreux et même de l'hydro-hémarthrose.

Il est cependant, chez l'enfant, un symptôme peu connu, que j'ai noté plusieurs fois dans les premiers jours de l'épanchement, et qui pourrait faire hésiter le chirurgien: je veux parler d'un mouvement fébrile, parfois très accusé, et dont un des malades de nos salles vient d'offrir un bel exemple. Je profiterai de ce cas pour vous indiquer les particularités de l'hémarthrose de l'enfant au point de vue de la marche, du diagnostic et du traitement.

1. Conférence rédigée par M. Antonin Gosset, interne des hôpitaux.