à faibles doses, est une des causes les plus fréquentes du rachitisme. Leur prescription temporaire convient dans la convalescence des infections digestives par le lait.

Il faut proscrire absolument l'addition au lait de la crème de riz, des farines, des biscottes, qui sont encore d'un usage journalier.

L'addition de farine lactée sous forme liquide est parfois indiquée pour remplacer le dernier repas à partir du dixième mois.

Les farines lactées s'obtiennent par la concentration du lait dans le vide et par l'addition de pain torréfié et de sucre; le but de cette manutention est de transformer autant que possible l'amidon en dextrose, qui est plus facilement assimilée.

La composition des diverses substances lactées varie dans une assez forte proportion :

	Variations.	Moyenne.
Eau et substances volatiles..	5 à 10 pour 100.	7.5 pour 100.
Sels.....	1.5 à 3 —	2.25 —
Substances grasses.....	4 à 7 —	5.5 —
Albuminates.....	9.5 à 18 —	13.25 —
Hydrate de carbone soluble..	35 à 55 —	45 —
— — insoluble.	15 à 35 —	25 —
Cellulose.....	5 à 1 —	0.5 —

Ce tableau, que nous empruntons à Monti, démontre l'énorme prédominance des amylacés et la pauvreté de ces produits en substances grasses et albuminoïdes. Excellents comme adjuvants du régime lacté, ils ne peuvent convenir à la longue comme nourriture exclusive, même dans la seconde année.

SEVRAGE, ALLAITEMENT MIXTE.

Avec les mères nourrices, l'allaitement mixte est dans la règle plus vite nécessaire qu'avec les nourrices mercenaires.

Le sevrage complet ne devra jamais se pratiquer avant le neuvième mois et, si possible, pas avant la fin de la première année ; il ne faut pas sevrer en été et pendant la sortie des dents. Fonssagrives recommande comme très favorable l'intervalle généralement assez long qui sépare l'éruption des premières molaires de celle des canines.

L'époque du sevrage est un moment critique pour la nutrition de l'enfant ; le sevrage prématuré est la cause de 75 pour 100 des décès constatés chez les enfants confiés à des nourrices mercenaires.

Les conditions qui contre-indiquent le sevrage sont : 1° une maladie de l'enfant ; 2° la saison chaude.

Le sevrage doit se faire graduellement et non brusquement, en intercalant entre les repas au sein les repas au lait stérilisé. Nous donnons comme exemple de sevrage lent le schéma suivi par Monti dans sa pratique et qui comprend huit semaines : Dans la première semaine, un repas de 200 grammes de lait de vache stérilisé coupé

d'eau dans la proportion d'un quart ; dans la seconde semaine, deux biberons par jour ; dans la troisième semaine, trois biberons ; si l'enfant continue à prospérer et à s'accroître normalement, on sèvre définitivement au bout de cinq à six semaines.

Le sevrage prématuré ou trop brusque peut être l'origine de troubles divers, tels que la dyspepsie, la gastro-entérite, le rachitisme.

L'*allaitement mixte* doit être régi par les mêmes principes. Quand la nourrice est insuffisante et qu'on ne peut en changer, il faut aider l'allaitement au sein par un ou deux repas supplémentaires de lait de vache. S'il survient une maladie aiguë, on revient à l'allaitement exclusif au lait de femme.

CHAPITRE IV

EXAMEN DES ENFANTS

Nouveau-nés.

L'examen clinique (1) d'un nouveau-né doit, pour être complet, être fait à deux moments différents : pendant le sommeil et dans l'état de veille ou d'agitation (Valleix).

Pendant le *sommeil*, le médecin pourra apprécier la physionomie et l'attitude de l'enfant, la coloration des téguments, le mode et le nombre des respirations, le nombre et la force des pulsations. Il faut savoir tâter le pouls sans réveiller l'enfant ; Valleix recommande dans ce but le procédé suivant : « Je saisis le moment où l'enfant est assoupi, je glisse très légèrement l'extrémité d'un doigt sur l'artère radiale ; si l'enfant fait quelques mouvements, je les suis sans les contrarier ; ils cessent bientôt ; le sommeil n'est pas interrompu, et je peux compter le pouls, même lorsqu'il est à un degré de petitesse extrême. »

Pendant l'état de *veille*, le médecin étudiera spécialement les caractères du cri, la manière dont l'enfant tette et dont il avale, le jeu de sa physionomie et la manière dont il se comporte vis-à-vis d'une forte lumière ou dont il supporte la palpation et l'examen médical. Il examinera en même temps le pourtour des lèvres et l'orifice des narines. Puis il introduira dans la bouche un doigt que l'enfant sucera aussitôt avec force s'il est vigoureux et bien portant ; il appréciera du même coup l'état de la bouche et de la gorge en déprimant la base de la langue.

(1) Consulter : Billard, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, 3e éd. Paris, 1837, p. 9 à 78. — Valleix, *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, p. 1 à 39.

Cette première inspection terminée, le médecin ne doit jamais négliger de faire déshabiller complètement l'enfant pour contrôler, par un examen méthodique de toutes les fonctions, l'exactitude des renseignements qui lui ont été fournis et la justesse de sa première impression ; autrement, il s'exposerait à commettre des erreurs de diagnostic grossières. Il passera successivement en revue les membres, le thorax et l'abdomen.

L'examen du thorax est très facile, grâce à sa sonorité et à ses petites dimensions qui permettent d'explorer rapidement toute l'étendue de la surface pulmonaire.

L'exploration de l'abdomen est particulièrement importante, la digestion étant la fonction capitale chez le nouveau-né et celle qui peut être troublée le plus facilement. Il ne faut jamais négliger en même temps l'examen des fesses et du pourtour de l'anus, car toute indigestion peut se traduire au bout de peu de temps par de l'érythème et des excoriations des parties baignées par les matières fécales. On fera garder les langes, afin de compléter son examen et de pouvoir se rendre compte ainsi du nombre, de l'abondance, de l'odeur et de la nature des selles.

L'examen de l'urine peut aussi se faire dans les cas ordinaires par l'inspection des langes de l'enfant ; on pourra facilement voir par leur coloration si l'urine est chargée de sels, ictérique ou sanguinolente. Nous recommandons néanmoins, chaque fois que cela sera possible et que l'indication s'en présentera, de se procurer directement de l'urine en cherchant à la recueillir après un intervalle de sommeil par une pression méthodique exercée de haut en bas sur le fond de la vessie ; s'il n'y a pas d'urine dans la vessie au moment de la visite du médecin, on enseignera à la nourrice la manière de s'en procurer. Nous avons pu ainsi reconnaître chez un nouveau-né une néphrite albumineuse due à une scarlatine qui avait échappé à l'attention des parents et qui se révéla plus tard par une desquamation abondante.

En cas de fièvre, on n'ajoutera que peu d'importance au pouls, dont les variations d'un enfant à l'autre ou chez le même sujet sont trop étendues pour éclairer le médecin sur l'intensité du mouvement fébrile et sur la marche de la maladie. Le *thermomètre*, au contraire, rend dans la première enfance plus de services qu'à tout autre âge. Il doit être placé dans le rectum ; on se servira à cet effet d'un thermomètre à boule peu volumineuse, qu'il faut introduire avec beaucoup de douceur après l'avoir préalablement huilé et désinfecté ; il faut avoir soin de maintenir d'une main le siège de l'enfant pour éviter tout mouvement brusque ; trois minutes suffisent pour avoir une indication très approximative, et cinq minutes pour avoir le degré exact de la température du corps.

Billard et Valleix ont insisté avec raison sur la coloration des téguments, l'attitude, la physionomie et le cri, qui sont des éléments précieux de diagnostic chez le nouveau-né.

Coloration des téguments. — Après l'accouchement, la face du nouveau-né est d'un rouge foncé, un peu violacé ; du troisième au cinquième jour, la rougeur générale est remplacée par une teinte jaunâtre, excepté aux pommettes qui restent rouges. La coloration jaune des téguments, qui est due à la stase sanguine, est d'autant plus intense que la coloration rouge primitive a été plus foncée ; elle fait place, au bout de peu de jours, à une teinte rosée générale plus intense aux pommettes qu'ailleurs. C'est au bout de deux ou trois mois seulement que les colorations propres à chaque constitution se dessinent et qu'on peut alors distinguer les uns des autres les enfants bruns ou blonds ; ces nuances sont d'ailleurs singulièrement influencées par la race, par l'insolation, par la température et l'habitation ; ainsi, les enfants des villes sont, à conditions égales, plus pâles que les nourrissons des campagnes.

Dans le sclérème des nouveau-nés, la coloration de la peau prend une teinte vineuse très foncée qui persiste. Dans l'ictère véritable, les téguments sont d'un jaune plus vif qu'à l'état normal ; en même temps les conjonctives et les urines sont colorées par le pigment biliaire. Dans les maladies graves du nouveau-né, telles que la pneumonie, le muguet, la coloration normale rosée ou rouge foncé est remplacée par une pâleur remarquable.

Attitude. — Le nouveau-né conserve après sa naissance une flexion en avant des membres, de la tête et du tronc, semblable à l'attitude du fœtus dans le sein maternel ; tous ses mouvements paraissent d'abord purement automatiques et ne prennent que peu à peu le caractère volontaire. Les mains ne tardent pas à saisir les objets qu'on leur présente ou à se porter sur le sein de la nourrice. Ce n'est que vers deux mois que l'enfant commence à soutenir sa tête qui, trop pesante, vacillait jusqu'alors sur le cou.

Physionomie. — Lorsqu'un nouveau-né est bien portant et que rien ne l'agite, son visage est sans expression ; aucun mouvement, aucun pli ne s'y font remarquer ; il est plein, arrondi, la bouche est fermée et l'enfant respire librement par le nez (Valleix). Il est rare de voir les enfants sourire avant trois semaines ; ils ne commencent véritablement à rire qu'à un mois environ (Billard). Les yeux, qui, dans les premiers jours, se meuvent en tous sens sans but déterminé, deviennent très sensibles au jour au bout de deux semaines et paraissent fixer ou reconnaître les objets qui les entourent à l'âge de six semaines ou de deux mois (Bouchut).

La souffrance et la maladie altèrent les traits du nouveau-né. Sous l'influence de coliques passagères, on voit le visage se froncer, se contracter et l'enfant crier. La pneumonie détermine une altération particulière des traits, dont la dilatation des ailes du nez, la pâleur de la

face avec la rougeur des pommettes forment les caractères essentiels. Dans l'entérite cholériforme, l'altération des traits est profonde et rapide : en quelques heures la face pâlit, le nez s'effile, les yeux s'excavent et s'entourent d'un cercle bleuâtre, les pommettes sont saillantes, la bouche s'enfonce et se ride. Dans l'atrophie infantile, quelle que soit sa cause (syphilis, entérite chronique, muguet, inanition), le visage du nouveau-né prend l'aspect de la décrépitude sénile ; les traits sont contractés, la peau flasque et ridée a une teinte terreuse, tous les os sont saillants ; en même temps les yeux sont brillants et la face est grimaçante. Dans le sclérème, les traits conservent un masque d'immobilité effrayant et les paupières restent hermétiquement closes quand la maladie est avancée. Dans l'éclampsie, c'est au visage qu'on aperçoit en général les premiers mouvements convulsifs ; ce sont tantôt les globes oculaires, tantôt les commissures labiales qui sont le siège de mouvements spasmodiques.

Cri. — Billard a distingué dans le cri du nouveau-né deux temps distincts : le *cri* proprement dit, qui a lieu pendant l'expiration, et la *reprise*, qui se produit au moment de l'inspiration ; le cri est ordinairement plus fort et plus prolongé que la reprise.

Le *premier cri* du nouveau-né, dû probablement à l'impression désagréable de l'air extérieur sur la surface du corps, est toujours soutenu, sonore et facile chez l'enfant qui est né viable.

Dans les premiers mois de la vie, les enfants crient sous l'influence de causes diverses qu'il importe de pouvoir reconnaître et distinguer. Les cris du nouveau-né peuvent être dus au malaise qu'il éprouve de la part de langes trop serrés ou d'une couche mal disposée ; il suffit alors de relâcher ses vêtements pour le calmer.

Le *cri de la faim* ne se produit chez le nouveau-né que toutes les deux ou trois heures, quand on a réglé les heures de ses repas et qu'on l'a habitué de bonne heure à dormir dans son lit sans le secours factice du berceau ou des bras de sa nourrice ; les enfants *méchants* qui, malgré une santé parfaite, crient à chaque instant et à tout propos, sont presque toujours des enfants mal élevés.

Le *cri de la douleur* se distingue du cri physiologique en ce qu'il ne cesse pas lorsqu'on distrait l'enfant, lorsqu'on le change de position ou qu'on lui donne le sein. Valleix indique un excellent moyen de diagnostic entre les deux cris : c'est l'exposition de l'enfant à la lumière ; les cris sont-ils dus simplement à un caprice, on voit l'enfant ouvrir de grands yeux, se calmer instantanément et se laisser palper, sans manifester d'impatience ou de colère ; si les cris sont provoqués par des coliques, comme c'est souvent le cas, la lumière ne suffit pas pour les apaiser et ils deviennent plus aigus chaque fois qu'on presse sur l'abdomen. Un autre petit procédé, auquel nous avons vu céder souvent les cris de colère des nourrissons, consiste à caresser doucement le sommet de la tête d'arrière en avant et à répéter plusieurs

fois cette friction, jusqu'à ce que la figure de l'enfant s'épanouisse.

Billard a tiré parti des variations du cri pour éclairer le diagnostic de quelques maladies. Il distingue, suivant sa forme, le cri en incomplet, pénible et étouffé. Le cri *incomplet*, caractérisé par l'affaiblissement du premier temps ou de la reprise, peut tenir soit à la faiblesse congénitale de l'enfant, soit à l'atélectasie ou à l'engouement des poumons. Le cri *étouffé*, dans lequel la reprise seule se fait entendre, est un indice presque certain d'une inflammation pulmonaire. Le cri *pénible*, qui se termine toujours par une finale peu soutenue et presque mourante ou se transforme en un simple grognement plaintif, appartient à presque toutes les maladies aiguës graves de la première enfance, telles que la pneumonie, l'entérite ou la péritonite.

Billard distingue encore le cri, suivant sa durée, en court et entrecoupé, suivant son timbre, en aigu, sonore, voilé ou chevrotant. Dans le cri *aigu*, le seul important à connaître, la reprise devient dominante et prend un timbre perçant ; il s'entend toutes les fois que les amygdales ou le larynx sont le siège de quelque irritation. Dans le spasme de la glotte, un petit cri aigu caractéristique, semblable au hoquet, annonce la fin du spasme. Dans le sclérème des nouveau-nés, le cri a un timbre aigu, entrecoupé, quoique très faible, qui a frappé tous les observateurs.

Seconde enfance.

Toutes les méthodes d'investigation en usage dans la médecine des adultes sont employées chez l'enfant (1), mais leur application peut rencontrer des difficultés sérieuses qui proviennent de la timidité ou de l'indocilité des petits malades. Les qualités nécessaires au médecin pour triompher de ces obstacles sont ainsi résumées par H. Roger : « Le médecin des enfants devra être sagace, prompt à porter un jugement sûr et fondé sur l'expérience ; il devra être patient et doux ; qu'il ait l'air d'aborder ses petits malades, qu'il leur sourie, qu'il s'accommode à leur langage et se prête même à leurs jeux. Qu'il aime les enfants, qu'il soit affable, bon, qu'il ait le *cœur maternel*. » C'est de deux à cinq ou six ans que les enfants sont le plus intraitables. Aussi le médecin devra-t-il, dans un premier examen, chercher avant tout à gagner leur confiance et éviter avec soin tout ce qui pourrait les effaroucher ; dans la suite, la fermeté sera aussi nécessaire que la douceur pour conserver l'ascendant une fois conquis. Avec beaucoup de patience, avec de l'esprit et du tact, le médecin arrivera toujours à être maître de la situation (2).

(1) Consulter : Rilliet et Barthez, t. I, p. 35-59. — Roger, *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, t. I. Paris, 1872.

(2) Vogel, dans son *Traité des maladies de l'enfance* (traduction française, p. 27),

EXAMEN DE LA GORGE ET DU LARYNX.

Il faut habituer de bonne heure les enfants à montrer leur gorge, afin de pouvoir l'inspecter sans difficulté chaque fois qu'on soupçonne une maladie du pharynx. Quand les enfants sont très jeunes ou indociles, le médecin fait assujettir les mains par un aide, bouche le nez de la main gauche et insinue de la main droite le manche d'une cuiller ou un abaisse-langue entre les dents, jusqu'à la base de la langue ; à ce moment, la partie est gagnée et l'on peut apercevoir l'arrière-gorge dans tous ses détails, si l'on a eu soin de placer l'enfant en face de la lumière.

Parfois, la vue ne suffit pas ; c'est par le *toucher* seulement qu'on peut apprécier la présence d'un abcès rétropharyngien, d'un œdème de la glotte ou de végétations adénoïdes ; il faut avoir soin alors, pour éviter une morsure, d'interposer entre les molaires de l'enfant un morceau de liège ou d'armer le doigt explorateur d'un anneau métallique.

Le *laryngoscope* est d'un usage très restreint chez l'enfant ; il est inutile et d'un maniement presque impossible dans les maladies aiguës du larynx, à cause de l'anxiété et de l'agitation du petit malade ; on réservera son emploi pour les affections chroniques du larynx et spécialement pour les cas où l'on présume l'existence d'un polype.

EXAMEN DU FOND DE L'ŒIL.

L'ophtalmoscope, entre les mains de Galezowski (1) et de Bouchut (2), a rendu des services dans le diagnostic de quelques maladies cérébrales des enfants : ainsi, on a pu parfois reconnaître par ce moyen la présence de tubercules de la choroïde dans le cours d'une méningite ou diagnostiquer, d'après les signes d'une névrite optique, la présence d'une tumeur cérébrale.

Il ne faut jamais négliger ce mode d'exploration dans les cas d'accidents cérébraux ou visuels. Nous nous sommes toujours servis d'un ophtalmoscope mobile, tel que celui de Græfe ou de Liebreich, qui permet d'examiner l'enfant dans toutes les positions.

EXAMEN DU THORAX ET DES POUMONS.

Inspection. — Les déformations thoraciques sont fréquentes et importantes à connaître chez l'enfant (3). Celles du *rachitisme* et du

engage avec raison ses confrères à ne jamais brusquer les enfants récalcitrants et *à ne pas les frapper* ; nous croyons plus utile encore de tenir le médecin en garde contre les procédés moins barbares, mais tout aussi blâmables, qui consistent à tout obtenir des enfants à l'aide de *friandises*.

(1) Galezowski, *Traité d'ophtalmoscopie*. Paris, 1876.

(2) Bouchut, *Ophtalmoscopie médicale et cérébroscopie*. Paris, 1876.

(3) Consulter : Rehn, *Die wichtigsten Formveränderungen des menschlichen Brustkorbs*. Vienne, 1875. — Chapard, *Des déformations thoraciques*. Thèse de Paris, 1896.

mal de Pott s'imposent à première vue. Celle des enfants atteints de *végétations adénoïdes* du pharynx demande un examen plus approfondi ; elle est caractérisée par une dépression latérale du thorax vers le milieu de sa hauteur.

Nous ne faisons que signaler la *scoliose habituelle* des jeunes filles, qui se développe surtout pendant les travaux scolaires, et l'*asymétrie* thoracique produite par les différentes formes d'atrophie musculaire de l'enfance.

Les déformations partielles du thorax sont les plus importantes au point de vue des maladies des voies respiratoires. Chez l'enfant, la voussure produite par les *épanchements pleurétiques* est très marquée et s'accompagne souvent d'un déplacement latéral du sternum, de telle sorte que la ligne médiane du corps ne coïncide plus avec le milieu de cet os. Le *rétrécissement thoracique* dans les empyèmes en voie de guérison est parfois très accentué chez l'enfant et ne disparait qu'au bout d'un certain nombre de mois ou d'années.

Palpation. — Les vibrations thoraciques se perçoivent en général bien chez l'enfant pendant le cri. Leur absence dûment constatée peut trancher parfois le diagnostic en faveur d'un épanchement pleural.

Percussion. — La percussion donne des résultats plus nets chez l'enfant que chez l'adulte, à cause de la minceur plus grande des parois thoraciques. Il est inutile d'employer chez l'enfant le marteau et le plessimètre ; le doigt seul suffit.

On percutera avec une *grande douceur*, à petits coups répétés, en comparant avec soin la sensation tactile et le son obtenus du côté sain avec ceux qu'on aura obtenus dans les points symétriques du côté malade. Il vaut mieux terminer que commencer par la percussion pour ne pas effaroucher l'enfant.

Il faut toujours percuter à nu. La position que le médecin doit donner à l'enfant varie suivant l'âge et la partie du thorax qu'on percute. En cas de matité, il faut s'assurer, par une nouvelle exploration et en changeant la position de l'enfant, que l'augmentation de la résistance au doigt n'est pas due à une tension musculaire exagérée. Vogel a signalé chez les enfants une matité passagère de la base du thorax pendant le cri ou d'autres efforts, matité qui serait plus marquée à droite qu'à gauche.

En *arrière*, la sonorité pulmonaire descend jusqu'à la onzième vertèbre dorsale à droite, jusqu'à la douzième dorsale à gauche ; cette différence est due à la matité du foie à droite. En *avant*, elle descend à droite jusqu'à la cinquième côte, où commence la matité hépatique, qui est proportionnellement plus étendue chez le petit enfant que chez l'adulte ; elle descend à gauche jusqu'à la troisième côte seulement, où elle est remplacée par la matité du cœur.

Au-dessous de la matité précordiale vient une zone de sonorité tympanique *stomacale*, de forme semi-lunaire, dont la disparition