

	CRÈME	EAU	SUCRE DE LAIT	LAIT	CASÉINE	GRAISSE	SUCRE
	litre	litre	grammes	litre	0/0	0/0	0/0
Mélange I.	3/8	3/8	15	—	(= 1,0)	2,5	3,8
» II.	»	»	»	1/14	(= 1,4)	2,7	3,8
» III.	»	»	»	1/8	(= 1,8)	2,7	3,8
» IV.	»	»	»	1/4	(= 2,3)	2,9	3,8
» V.	»	»	»	3/8	(= 2,6)	3,0	3,9
» VI.	»	1/4	19	1/2	(= 3,2)	2,8	4,9

Biedert a composé aussi une crème artificielle contenant du beurre, de l'albuminate de potasse, du sucre et des sels. Les résultats obtenus par l'emploi de cette crème n'ont pas été favorables (Banze, Monti).

La bouillie de Liebig forme le trait d'union entre le lait de la mère et les succédanés farineux. Elle contient de la dextrine obtenue par l'addition de lait, de farine de froment et de diastase de malt. Les difficultés qu'on éprouve pour préparer ce bouillon au moment des repas ont conduit à le préparer sous forme d'extrait (Liebe, Löfflund, Scheller, etc.).

Voici le résultat de mes essais avec ces deux dernières préparations :

La crème de Biedert fraîchement préparée est facilement supportée et bien acceptée par les enfants. Les enfants s'en trouvent bien et quelquefois l'usage de cette crème fait cesser chez eux les troubles dyspeptiques. Mais ceci est loin d'être la règle et il y a des enfants qui supportent mal la forte proportion de graisse qu'elle contient. Quant à la bouillie de Liebig, j'ai toujours vu les enfants la refuser malgré tous les artifices culinaires qu'on avait pu apporter à sa préparation.

FARINES LACTÉES. — Les farines lactées proprement dites qui depuis quelque temps se sont multipliées d'une façon effrayante (1) ont toutes pour prototype la farine Nestlé. D'après les analyses de Hager cette farine contient (2) :

(1) Parmi les farines qui méritent d'être signalées, nous trouvons la farine de Giffey et Schiele, celle de Faust et Schuster, celle de Friedrichs, le gruau de Timpe, la farine de Kufeke, de Rademan, les farines légumineuses de Hartenstein, de Knorr; la farine contenant du cacao, comme le cacahout des Arabes, etc.

(2) Pour l'étude, plus complète de toutes ces préparations, voir le *Traité*

40	0/0	de sucre.
5	»	» graisse.
15	»	» substances albuminoïdes.
30	»	» amidon et dextrine.

Depuis qu'on s'occupe particulièrement de l'impuissance des jeunes enfants à digérer les amylicés, les industriels s'efforcent de les remplacer par la dextrine et le sucre. Mais il est loin d'être démontré que la farine germée soit mieux supportée que la farine ordinaire, malgré la réclame qui a été faite dernièrement autour de ces nouvelles préparations. Aussi fera-t-on bien d'être réservé dans leur emploi.

Löfflund a préparé dernièrement un mélange de lait condensé non sucré et de farine de froment germé. Cette préparation d'un goût agréable peut être essayée prudemment à l'occasion.

A partir du 3^e mois, les farines lactées peuvent à la rigueur remplacer le lait maternel, mais tous les auteurs s'accordent à dire que l'usage prolongé de ces préparations provoque fréquemment la dyspepsie. Il a été démontré qu'elles se décomposent facilement à la température du corps, dans l'intestin des enfants. Demme affirme même que chez les enfants nourris prématurément de substances amylicées, le sang subit certaines modifications caractérisées par la diminution du nombre d'hématies. Si ces enfants sont remis au sein, le nombre d'hématies ne tarde pas à augmenter.

Après le sevrage, le régime à suivre est le suivant : Le matin, du lait soit pur, soit additionné d'un peu d'eau et de sucre de lait, suivant l'état digestif de l'enfant et un biscuit d'Opel. Au second repas, l'enfant reçoit la moitié d'un jaune d'œuf cru battu avec un peu de sucre ou de sel, et une crème faite avec le blanc d'œuf battu, un biscuit ou un morceau de pain grillé; le troisième repas se compose de bouillon de poulet ou de pigeon, ou de veau, auquel on ajoute un peu de farine de gruau de Knorr ou de farine légumineuse d'Hartenstein. Le passage au régime de la viande ne se fait que progressivement et pendant quelque temps on donne à l'enfant du riz de veau cuit et finement écrasé. Les 2 ou 3 autres repas se composeront essentiellement de bouillon auquel on pourra ajouter un bis-

d'hygiène de l'enfance de Uffelmann (trad. française). G. Steinheil, éditeur. (L. G.)

cuit ou un peu de farine préparée (cacahout). Un enfant d'un an peut recevoir de 1 à 1 1/4 litre de lait par jour. Avec l'âge la nourriture de l'enfant se rapproche davantage de celle de l'adulte, le lait continuant à tenir une grande place dans son alimentation. On n'oubliera pas que l'enfant a besoin de matériaux pour son développement, et on lui donnera dans ce but une nourriture riche en azote. On évitera autant que possible les légumes qui sont difficilement digérés, la trop grande quantité de sucre et de substances amylacées. Le thé, le café, les boissons excitantes, les alcools sont nuisibles et à éviter. Il en est de même du vin qui ne doit être permis que dans certaines conditions pathologiques bien déterminées.

§ 4. — Examen de l'enfant.

L'examen de l'enfant doit être fait d'une façon méthodique et exige de la part du médecin plus qu'en toute autre circonstance toute l'attention dont il est capable. Une grande expérience donne seule la sûreté d'examen qui conduit droit au but. D'autre part, la science seule ne suffit pas pour faire un bon médecin d'enfants; il faut encore savoir gagner leur confiance et leur sympathie par un abord aimable, tout en les persuadant, quand il s'agit d'enfants un peu âgés, de la nécessité d'une obéissance absolue. Ce juste milieu n'est pas toujours facile à atteindre, et cependant c'est de ces conditions que dépendent et la précision du diagnostic et même le succès du traitement.

Les difficultés du diagnostic sont en partie compensées par le petit nombre des maladies dominantes de l'enfance; de plus, chez l'enfant la recherche des *antécédents* n'a pas la même importance que chez les adultes, les maladies chroniques compliquées étant rares à cet âge. Du reste le médecin doit se défier des renseignements fournis par l'entourage, qui s'appesantit complaisamment sur des accidents dont l'importance doit être sévèrement contrôlée.

Il est très utile de commencer par examiner l'enfant quelque temps au repos, surtout lorsqu'il dort. On notera l'expression des traits, la coloration du visage et des lèvres, l'état de la transpiration, la position de la tête, les mouvements appréciables des fontanelles, des lèvres, des narines, le mode de sa respiration, puis les bruits respiratoires anormaux (gémissement, sifflement, ronflements, souffle)

quelquefois perceptibles à distance; la montre en main, on comptera le nombre des mouvements respiratoires et on se rendra compte de l'odeur de l'haleine.

Ces premières notions étant acquises, on glisse avec précautions la main, suffisamment chauffée, sur le poignet de l'enfant pour examiner le pouls, le nombre de ses pulsations, sa tension, son ampleur, et surtout sa régularité. Ceci étant fait, on enlève les couvertures et on découvre l'enfant. Si l'enfant continue à dormir, — ce qui indique nettement la profondeur de son sommeil, — on en profite pour examiner la coloration générale des téguments, la forme du thorax et du ventre ainsi que les mouvements respiratoires abdominaux.

Ce premier examen, si rapide et discret qu'il soit, fournit cependant des renseignements précieux, quelquefois suffisants pour mettre sur la voie du diagnostic.

Attitude (1). — Pendant les premiers mois de la vie, l'enfant garde ordinairement la position qu'on lui donne. Les cuisses sont presque toujours fléchies au maximum, appliquées sur l'abdomen et entre-croisées; les avant-bras sont dirigés en haut, les mains à la hauteur du visage. Les enfants qui souffrent de céphalalgie, de maux d'oreille, ou qui sont atteints de raideur de la nuque, ont la tête fortement fléchie, en arrière, même pendant le sommeil, enfouie en quelque sorte dans l'oreiller. Le même phénomène s'observe encore chez les enfants dont la respiration est gênée par un obstacle siégeant au niveau du larynx, comme dans la laryngite aiguë, le croup, le goitre congénital. Dans le cours de certaines affections, particulièrement dans celles des poumons ou des plèvres, les enfants plus âgés prennent la position qui facilite le mieux la respiration ou diminue la douleur: couchés sur le côté malade dans la pleurésie avec épanchement, sur le côté opposé dans la pleurite aiguë douloureuse. L'orthopnée est rare chez les enfants, mais s'observe pourtant dans les affections graves du cœur. Les enfants aiment, on ne sait pourquoi, à être couchés sur le ventre. Comme l'adulte, l'enfant garde fléchis les membres atteints d'affection articulaire.

(1) Voir BOUCHUT. *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, etc., p. 7-16, 8^e édition, 1885. (L. G.)