

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 exiger 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.)

La sténose laryngée, l'hydropisie, la septicémie accompagnée de fièvre très élevée (ostéomyélite, scarlatine infectieuse, etc.), l'anémie cérébrale grave, la paralysie cardiaque au début, provoquent une agitation continuelle et des changements fréquents de position (jactitation).

Coloration des téguments. — La peau d'un enfant bien portant en état de repos, est d'une coloration légèrement rose. Pendant les premières semaines de la vie, la coloration normale peut varier du rouge sombre au rose. Lorsqu'on presse légèrement la peau ou qu'on passe seulement le doigt dessus, elle se couvre en très peu de temps de taches ou de raies rouges. Il s'agit évidemment dans ces cas d'un fonctionnement encore imparfait des nerfs vaso-moteurs. Ce phénomène devient encore plus accusé dans certaines affections du système nerveux central (raie méningitique de Trousseau) et peut servir au diagnostic, sans toutefois présenter la valeur pathognomonique qu'on lui a attribuée.

Dans l'ictère des nouveau-nés la coloration de la peau est déterminée par la combinaison de deux couleurs, le rouge et le vert, parfois les téguments prennent une coloration orange intense; les nuances *vertes*, moins fréquentes, s'observent seulement dans les formes infectieuses de l'ictère des nouveau-nés. Dans les maladies congénitales du cœur, la peau est *bleue*, cyanosée, de même dans l'asphyxie du croup, des pneumonies catarrhales graves (enfin, mais moins souvent que chez l'adulte), dans la tuberculose miliaire.

Dans les fièvres éruptives graves, la peau devient quelquefois *livide*, presque violette, phénomène qui s'explique par l'injection vasculaire et la production de petites ecchymoses multiples. Les diarrhées aiguës, la dyspepsie chronique, le rachitisme, les suppurations prolongées, mais surtout la néphrite, donnent à la peau une coloration *pâle*, presque cadavérique. Dans le collapsus la peau devient *terne*, d'un gris cendre.

Dans la pneumonie les enfants ont les pommettes rouges avec des téguments plus pâles qu'à l'état normal. Une décoloration brusque des téguments est d'un pronostic très grave et présage l'imminence de la mort.

Les enfants rachitiques présentent souvent, pendant l'été, sur la peau qui recouvre la tête et le tronc un piqueté rouge très fin

(miliaire rouge) provoqué pas la transpiration. Chez les très jeunes enfants la coloration rouge très foncée de la peau de l'abdomen, des cuisses et des fesses résulte ordinairement d'un intertrigo guéri.

Physionomie. — La physionomie d'un enfant bien portant examiné pendant le sommeil, est douce et agréable. Nul doute que certaines maladies n'altèrent les traits de l'enfant, car plus il est jeune moins il est maître de son expression. Aussi, la médecine ancienne qui ne possédait pas nos moyens précis d'investigation attribuait-elle une grande importance diagnostique à l'expression du visage. Cette étude, complètement délaissée pour l'exploration physique, a été dernièrement reprise par Soltmann qui a essayé de la remettre en honneur, mais a certainement exagéré sa valeur clinique. Par exemple, il n'est guère possible d'admettre que telle expression du visage corresponde à telle maladie bien déterminée, que les traits de l'enfant expriment un souci profond dans la pneumonie; un sérieux immobile, de l'énergie et de la décision dans les affections cérébrales; le dégoût et l'aversion dans les dyspepsies chroniques; la douleur et l'angoisse, dans les affections aiguës du tube digestif. Il n'en est pas moins indispensable d'examiner avec beaucoup d'attention l'extérieur de l'enfant, et cet examen fournira au médecin des renseignements précieux pour le diagnostic, et plus encore pour le pronostic. Dans certains cas, l'attitude et l'aspect extérieur sont vraiment caractéristiques. Ainsi, pour donner quelques exemples, l'altération si profonde des traits que produisent la déperdition rapide de liquides (choléra), la disparition du pannicule adipeux (fièvre de longue durée, phtisie, atrophie ou athrepsie), et la douleur. Les deux premières causes produisent ce qu'on appelle le *facies hippocratique*, que caractérisent les yeux excavés, entourés d'un cercle foncé, à demi ouverts pendant le sommeil (1), le nez effilé, les lèvres pâles, minces et serrées. La disparition progressive du pannicule adipeux dans l'atrophie, etc., produit le *facies sénile* avec ses plis caractéristiques. Quand le visage est contracté par la douleur, il présente, même pendant le sommeil, de fréquentes secousses; il est pâle et ses sillons sont plus profonds.

(1) L'attitude des yeux demi-ouverts pendant le sommeil est surtout caractéristique des états cérébraux, la méningite plus particulièrement. (L. G.)

Quand il existe de la dyspnée, les narines sont dilatées et animées de mouvements rapides. La bouche est béante, les lèvres sèches, couvertes de croûtes et d'excoriations, et tout cet ensemble donne au visage une expression d'angoisse.

La méningite tuberculeuse au début altère profondément l'expression du visage pâli et amaigri. Les déformations des os qui se produisent chez les rachitiques, donnent aux enfants un air renfrogné; la tête et le visage prennent une forme quadrangulaire (tête carrée). Une excitabilité réflexe exagérée, la tendance aux convulsions se manifestent chez l'enfant endormi, par une contraction des lèvres (rictus) et par des mouvements de mastication. Nous reviendrons du reste sur tous ces phénomènes, lorsque nous étudierons chaque maladie en particulier.

Pouls et respiration. — Nous avons déjà parlé du pouls et de la respiration. Le premier phénomène anormal à rechercher est l'irrégularité; il est particulièrement un type de respiration irrégulière connu sous le nom de rythme de Cheyne-Stokes. Ce type respiratoire se compose de 3 stades se succédant régulièrement et dans un ordre déterminé: accélération progressive et augmentation de profondeur des mouvements respiratoires, ralentissement des mouvements qui deviennent de plus en plus superficiels, enfin stade d'apnée. Ce phénomène qui indique une diminution d'excitabilité du centre respiratoire n'acquiert toute sa valeur diagnostique et pronostique que chez les enfants d'un certain âge. Chez les jeunes enfants en effet on l'observe assez souvent sans qu'il soit possible d'en tirer des indications précises.

Les soupirs profonds présentent chez les enfants une valeur presque pathognomonique (méningite tuberculeuse).

Une respiration ronflante (1) est presque caractéristique des affections du pharynx (paralysie du voile du palais); une respiration entrecoupée doit faire penser à une inflammation aiguë du poumon; l'expiration et l'inspiration longues et traînantes indiquent ordinairement un obstacle au niveau du larynx.

(1) Le ronflement pendant le sommeil chez un enfant qui garde la bouche ouverte indique presque à coup sûr l'existence de végétations adénoïdes du pharynx nasal. (L. G.)

Quand on a terminé cet examen, si l'enfant est réveillé, on le fait prendre par quelqu'un. Mais très souvent le médecin est obligé de le réveiller lui-même pour procéder à un examen plus détaillé. Dans ce cas, on ne saurait recommander trop de douceur pour éviter d'effrayer le petit malade. Puis on tourne son visage en pleine lumière et on interroge l'état de ses sens et de ses facultés intellectuelles (sensorium) en lui montrant des objets brillants ou qui peuvent l'intéresser (montre, jouet) s'il est tout jeune, en lui adressant des questions s'il est plus âgé. Un enfant dont les sens sont intacts suit des yeux les objets qu'on lui montre. Ce petit procédé permet déjà de se rendre compte de l'état des pupilles et des muscles de l'œil, en recherchant le strabisme, une insuffisance dans certains muscles de l'œil, enfin l'inégalité pupillaire. Puis on le fait complètement dévêtir, ce qui ne manque pas de provoquer des cris qu'il faut étudier à leur tour.

Cri. — Le cri prend quelquefois des caractères pathognomoniques, mais les descriptions qu'on en donne apprennent peu de chose et la pratique seule permet d'en juger. On peut dire d'une façon très générale que les voyelles *a* ou *é* dominant dans le cri provoqué par la colère ou le mécontentement, tandis que la voyelle *i* exprime certainement la douleur. L'enfant atteint d'affection douloureuse du système respiratoire a le cri bref, entrecoupé. Aux coliques intestinales et aux contractions toniques des muscles (tétanie) correspondent des cris perçants, forts, prolongés.

Dans le premier cas, l'enfant agite et fléchit ses cuisses, dans le second, les membres atteints sont raides et tendus. Le cri de la céphalée violente ou des douleurs d'oreilles est extrêmement plaintif, parfois retentissant (cri hydrencéphalique), c'est une sorte de gémissement. Lorsqu'on touche un point particulièrement douloureux (dans les fractures) le cri violent qu'on provoque se distingue très nettement de ceux d'un simple malaise. Dans le cas de dyspnée intense ou de collapsus, les enfants ne crient guère. On comprend facilement que les affections du larynx modifient la phonation, parfois même jusqu'à extinction complète de la voix. L'examen simultané des deux temps de la respiration quand il existe de l'aphonie permet quelquefois de reconnaître la cause de la sténose laryngée par croup, tumeur ou paralysie musculaire.

Toux. — La toux accompagne souvent le cri; violente et quinteuse, accompagnée de suffocation, avec une inspiration longue et bruyante suivie d'une interruption puis d'une nouvelle quinte (reprise), telle est la toux de la coqueluche (*tussis convulsiva*). Dans la bronchite et souvent la pleurésie, elle est sèche, pénible, agaçante et sans expectoration notable; ou bien encore dans la pleurésie, comme dans la pneumonie, elle est brève, entrecoupée, comme voilée à dessein, et s'accompagne d'altération des traits.

La toux rauque et retentissante est caractéristique des affections du larynx; faible, humide, isolée, elle indique le catarrhe bronchique simple. La toux et le cri s'accompagnent quelquefois de phénomènes respiratoires qu'on décrit ordinairement sous le nom de *laryngisme striduleux*.

Quand l'enfant est déshabillé, il est bon d'examiner encore une fois la coloration de sa *peau*; d'en reconnaître l'état de moiteur ainsi que la température en appliquant la main au niveau du creux poplité. Puis on procède à l'examen méthodique de l'enfant en commençant par la tête et le cou.

Tête et cou. — On examine l'épaisseur de la chevelure, particulièrement à l'occiput, et en palpant légèrement, surtout au lieu d'élection des déformations rachitiques (bosses frontales et pariétales), on reconnaît la forme et l'état des os du crâne, dont on apprécie la résistance par une pression un peu plus forte; on reconnaît ainsi que l'occipital se laisse parfois déprimer comme du parchemin. Chez les jeunes enfants on examine les fontanelles, leur étendue, leur tension, les mouvements qu'elles présentent; on peut ausculter en même temps les bruits intra-crâniens.

Le *bruit céphalique* qu'on entend au niveau de la grande fontanelle chez les enfants de 6 mois à 4 ans est un souffle systolique, isochrone au pouls artériel considéré par Fischer (1832) comme un phénomène pathologique. Jurasz (1877) a démontré sa nature purement physiologique. Mais tandis que la plupart des auteurs le localisent dans les artères de l'encéphale (comme les artères basilaires, Wirthgen), Jurasz le place dans l'artère carotide, Hennin le croit d'origine veineuse. Roger et Rohde expliquent la production du souffle par des anomalies. Il est certain que ce souffle est très fréquent

dans le rachitisme du crâne (Ritter, Epstein) et qu'il n'est pas sans signification dans cette maladie; mais je suis certain de l'avoir entendu chez des enfants bien portants. En tout cas il faut distinguer le souffle céphalique des bruits respiratoires propagés à la tête qui sont isochrones aux mouvements respiratoires.

Passant à l'examen du cou, les doigts glissent de l'occiput sur la nuque, recherchent l'état des muscles de cette région, leur degré de tension et l'attitude qu'ils donnent à la tête (1); descendant ensuite sur les côtés du cou, ils palpent les ganglions cervicaux, latéraux, passent en avant dans la région sous-maxillaire pour y chercher les adénopathies, palpent légèrement les sterno-mastoïdiens, en apprécient le volume, la tension, pressent fortement au niveau du tragus (sensibilité dans les otites), recherchent l'état des ganglions préauriculaires (gonflement dans les affections des yeux ou des voies lacrymales) et terminent enfin l'examen par les glandes sous-maxillaires et le corps thyroïde.

Le *gonflement des ganglions cervicaux* s'observe ordinairement dans le cours des éruptions du cuir chevelu, des inflammations chroniques des fosses nasales et de l'oreille; l'adénopathie sous-maxillaire est plus spéciale aux affections aiguës du pharynx (pharyngite catarrhale ou diphtéritique, rétro-pharyngite). On examine ensuite la muqueuse des lèvres et les gencives, la conformation du maxillaire, le nombre, la disposition et la forme des dents (important dans la syphilis et le rachitisme).

L'*examen de la bouche* proprement dite se pratique de la façon suivante: Avec la main gauche on saisit la nuque de l'enfant, le pouce et les doigts du milieu fixant l'occiput; la main droite tient l'abaisse-langue et l'applique doucement, sans violence, sur les arcades dentaires, en attendant que l'enfant ouvre spontanément la bouche; la mère fixe le bras de l'enfant. Au moment où l'enfant ouvre la bouche, on fait rapidement glisser l'abaisse-langue presque jusqu'à la racine de la langue, et on profite des efforts de vomissement, pour inspecter

(1) Dans tous les états cérébraux il est très utile pour apprécier l'état des muscles de la nuque de soulever l'enfant par l'occiput, le moindre degré de raideur dans ce mouvement est très facile à reconnaître et suffit à faire soupçonner la méningite.

rapidement la muqueuse buccale, la coloration, la conformation, la mobilité du voile du palais, l'aspect des amygdales. Chez les tout jeunes enfants on arrive même à percevoir l'épiglotte. Il est nécessaire de procéder avec une grande rapidité, car le séjour prolongé de l'instrument dans la bouche, congestionne fortement le voile du palais, ce qui peut induire en erreur. En retirant l'instrument on examine la muqueuse de la langue, et au besoin, on enlève avec l'abaisselangue, quelques parcelles de l'enduit qui la recouvre pour l'examiner au microscope (muguet). Dans les cas de toux suffocante, il faut, en soulevant la pointe de la langue, rechercher l'ulcération du frein.

S'il existe une respiration ronflante et du gonflement des ganglions sous-maxillaires, on porte vivement le doigt au fond de la bouche et on cherche sur les parois postérieure et latérales du pharynx, le gonflement ou la fluctuation de l'abcès rétro-pharyngien. Il est inutile de protéger le doigt par un bandage quelconque, car si on a soin de toucher immédiatement les parois du pharynx, les efforts de vomissement qui en résultent empêchent la morsure; mais quand on retire le doigt, il faut agir avec la même rapidité aussitôt qu'on a dépassé la base de la langue.

Thorax. — La première inspection a déjà renseigné sur la forme et le développement du thorax, sur la façon dont s'effectue la respiration. La dépression latérale du thorax, la saillie exagérée du sternum, le gonflement des épiphyses costales, l'incurvation à convexité postérieure de la colonne vertébrale sont la marque du rachitisme. Dans les cas de dyspnée, la dépression inspiratoire profonde des espaces intercostaux et du creux épigastrique, leur refoulement pendant l'expiration, indiquent une affection grave des voies respiratoires. Quelquefois on perçoit de loin certains bruits respiratoires d'origine catarrhale (sifflement, ronflement), et avant de procéder à l'auscultation proprement dite on se rend compte de la durée respective de l'inspiration et de l'expiration ainsi que des bruits qui se passent dans le larynx.

L'*auscultation* méthodique exige l'emploi du stéthoscope et doit précéder la percussion que les enfants acceptent moins facilement. Les cris de l'enfant ne deviennent gênants que s'ils provoquent de trop courtes inspirations et s'accompagnent de bruits laryngés refen-

tissants. Mais autrement, les cris en provoquant des inspirations profondes, sont plutôt favorables à l'auscultation. Il est nécessaire d'ausculter tout le thorax et particulièrement les parties latérales, à partir du creux axillaire.

Chez l'enfant le bruit inspiratoire présente une certaine sonorité qui rappelle la respiration bronchique de l'adulte (respiration puérile). Cela est surtout marqué chez les enfants un peu âgés. Cette intensité du murmure vésiculaire, qui n'est autre chose que le bruit respiratoire du larynx et de la trachée affaibli par le passage à travers les poumons et la paroi thoracique, s'explique par la moindre résistance du thorax de l'enfant.

Lorsqu'on ausculte un enfant qui, avant de crier, fait de profondes inspirations, on entend au niveau des bords antérieurs du poumon, particulièrement à l'extrémité de la 4^e côte gauche ainsi que dans la région sus-claviculaire et en arrière, au niveau de la 10^e et de la 11^e vertèbre, des râles à bulles fines qui indiquent la pénétration de l'air dans les alvéoles non dilatés. Très souvent on trouve dans la région interscapulaire, particulièrement à droite, une véritable respiration bronchique. En règle générale le murmure vésiculaire est plus sonore à droite qu'à gauche parce que la bronche droite est plus large que la gauche.

Après avoir ausculté le poumon, on n'oubliera pas d'ausculter le cœur dans l'intervalle des mouvements respiratoires. Ses bruits sont bien frappés et d'une grande netteté.

La *percussion* se fait avec un marteau et un plessimètre étroit, ou bien avec les doigts, ce qui permet en même temps d'apprécier l'élasticité. Il faut toujours percuter très légèrement, car une percussion forte et bruyante fait vibrer en même temps plusieurs parties des organes voisins, ce qui altère le son et rend leur délimitation presque impossible. Quelquefois on peut employer la percussion palpatoire qui permet d'apprécier la résistance (1).

La percussion pratiquée suivant ces règles donne les résultats suivants : La sonorité est élevée en avant et à droite jusqu'au niveau du

(1) C'est le procédé de percussion *larga manu*, il est très utile pour donner une vue d'ensemble de l'état du thorax, mais n'est véritablement applicable que dans la seconde enfance; il se fait avec l'extrémité des quatre doigts portant à plat. (L. G.)