et le pied, 922 ; du cœur, 409 ; de la langue, 439 ; des doigts, 956.
Voies digestives (Corps étrangers dans les), 498.
Voile du palais (Division congénitale du), 444 ; (Maladies du), 439 ; (Paralysies du), 143 ; (Division du), 444.
Vomissements, 559 ; (Signes fournis par l'examen des), 21.
Voûte du palais (Division congénitale de la), 444.
Vulve (Gangrène de la), 702 ; (Prurit de la), 704 ; (Hémorrhagie de la), 699 ; (Occlusion de la), 695.

Yeux (Diphthérite des), 1056 ; (Expression des), 12 ; (Maladies des), 851.

Zona, 826.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

DES ENFANTS A LA MAMELLE

ET DE LA SECONDE ENFANCE

PREMIÈRE PARTIE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET SÉMÉIOTIQUE DE L'ENFANCE

Il est impossible de se rendre compte des phénomènes observés dans les maladies de l'enfance, chez *le nouveau-né*, — dans la vie de la mamelle jusqu'à la fin de la première dentition, — et dans le reste de l'enfance, si l'on ignore la physiologie qui régit les fonctions dans le premier âge. La connaissance des fonctions à l'état normal est nécessaire pour comprendre la différence qui sépare les affections des nouveau-nés ou des jeunes enfants, des mêmes affections développées chez l'adulte.

Pour faire connaitre les conditions générales en vertu desquelles les maladies des jeunes enfants diffèrent des maladies des adultes, j'exposerai : 1° la constitution de l'enfant et ses prédispositions à des maladies spéciales ; — 2° les moyens les plus convenables de reconnaitre ces maladies par l'étude des moyens d'expression, tels que la *Physionomie*, — le *Geste* et l'*Attitude*, — le *Développement* et l'*Embonpoint*, — le *Cri*, — *les signes extérieurs* fournis par l'*examen des yeux* (Cérébroscopie), par l'examen de la *bouche*, du *ventre*, de la *poitrine*, de la *respiration*, de la *circulation* (Auscultation et percussion), de la *température* et de la *calorification*, etc., signes d'autant plus importants à connaitre que les enfants sont plus jeunes, et plus incapables de rendre compte de leurs sensations ; — 3° les données relatives *au poids des nouveau-nés*; 4° les *lois de la mortalité chez les enfants*.

LIVRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA CONSTITUTION DE L'ENFANCE ET SUR SES PRÉDISPOSITIONS A DES MALADIES SPÉCIALES

Du nouveau-né. Le nouveau-né n'est pas seulement celui qui vient de naitre, *puer cruentatus*, c'est l'enfant qui garde encore le cordon ombilical, et il est nouveau-né jusqu'à la chute du cordon, pendant 5 à 6 jours, — Billard voulait attendre que la cicatrice ombilicale soit terminée.

Pour moi, le nouveau-né est tel tant que dure la période d'amaigrissement qui suit la naissance et jusqu'au jour où son poids commence à augmenter.

Quant à Parrot, voici sa définition :

« Le nouveau-né est un enfant viable ou non viable, venu à terme ou non, « qui n'a pas dépassé le *troisième* mois de la vie extra-utérine. — Précédem- « ment, j'avais fixé la limite au deuxième mois; je préfère la prolonger « jusqu'à la fin du troisième mois. » — Comme cette définition absolument arbitraire n'a rien de scientifique, elle est bonne à délaisser.

L'enfant qui ouvre les yeux à la lumière est un être incomplet, dont l'organisme, encore inachevé, demande à se développer. Comme le dit Hufeland, on peut appeler le temps qui s'écoule immédiatement après la naissance et pendant la première année, la suite d'une création dont une moitié s'opère dans l'intérieur et l'autre moitié en dehors du sein de la mère. Certains organes, jusqu'alors inactifs, commencent à fonctionner; ils se développent et se modifient; d'autres disparaissent; l'enfant passe dans des sphères d'existence entièrement nouvelles, d'abord dans la vie extra-utérine, puis dans celle des sens, enfin dans la sphère du monde intellectuel. La vie de l'enfant n'est donc pas un état normal, mais une suite d'efforts pour y arriver; c'est ainsi que le médecin doit la considérer. Ce que, dans d'autres circonstances, nous prendrions pour maladie, est ici l'effet et le symptôme du travail de la nature, occupée à créer et à développer,

Poids et taille de l'enfant. — L'enfant pèse d'abord de 3 à 4 kilos; au bout d'un an, il en pèse 10; à deux ans, 12; à trois ans, 14 k. 500; à quatre ans, 15 k. 500; à cinq ans, 17; à six ans, 18 k. 500; et à sept ans, 20 k. 500.

Sa taille ne change pas moins rapidement; de 8 à 10 pouces qu'il présente à sa naissance, il en acquiert 26 et 28 au bout de neuf mois; 30 à 31 à la fin de la deuxième année; 32 à 33 dans sa troisième; 35 dans la quatrième, et ainsi jusqu'à sept ans, où sa taille est de 39 à 41 pouces.

Opportunité morbifique et mortalité. — Dans les premiers temps de l'existence, l'activité des fonctions est vraiment remarquable; la nutrition, la circulation, l'élaboration des humeurs s'effectuent avec une grande rapidité. Mais si cette accélération des mouvements organiques est nécessaire à l'accroissement des sujets, elle détermine une susceptibilité pour ainsi dire malheureuse des organes qui les dispose aux maladies. Aussi est-on plus souvent malade dans la première enfance qu'à toute autre époque de la vie. Cette aptitude morbifique se révèle d'ailleurs par des faits d'une haute signification. Je veux parler de la mortalité des enfants nouveau-nés.

Le premier jour est le plus terrible à passer; un grand nombre des enfants succombe, et nous savons, d'après Henschling, qu'en France, sur un million de naissances annuelles, il y en a 160,000, c'est-à-dire le sixième, qui sont tranchées par la mort à la fin de la première année. Cette mortalité est un peu plus forte chez les garçons que chez les filles, et cela dans la proportion d'un cinquième, car sur 100 enfants de chaque sexe et de 0 à 1 an d'âge, il succombe annuellement 20 garçons et 16 filles. — C'est une loi constante pour la France et pour les États de l'Europe où la statistique des décès a été faite avec soin.

Prédispositions morbifiques. — L'enfant reçoit avec la vie une manière d'être qui constitue son individualité ou son idiosyncrasie, laquelle dépend à la fois du climat, de l'âge et de la constitution des parents, de leur disposition morale, de leurs maladies, etc.; il a en puissance, et cela dès le berceau, certaines dispositions inconnues qui amèneront plus tard un certain nombre de maladies, telles que : la syphilis, les dartres, la scrofule et la tuberculose, la goutte, l'épilepsie, la folie, etc. Il peut annihiler, en vertu de cette idiosyncrasie puérile, quelques-unes de ces maladies jusqu'à vingt, trente ou quarante ans; mais il en est d'autres qu'il ne peut garder plus de cinq ou six années à l'état latent; ce sont : les dartres, la scrofule et l'épilepsie. L'une d'elles, la syphilis, sous forme héréditaire, éclate, en général, six semaines ou deux mois après la naissance. Il est rare de la voir apparaître au bout d'un an ou de quelques années. C'est la *syphilis héréditaire tardive.*

Il y a des maladies spéciales à l'enfance et d'autres qui sont communes à cet âge et à toutes les périodes de la vie. Les premières, telles que l'ophthalmie purulente, les convulsions, le croup, le faux-croup, le phréno-glottisme ou spasme de la glotte, la méningite granuleuse, le sclérème, la coqueluche, la dyspepsie, la gastrite, l'entéro-colite, le carreau, ont des caractères propres qu'il faut étudier à part, si l'on ne veut pas les méconnaître; les autres, qui se manifestent à la fois chez l'enfant et chez l'adulte, se présentent, quand on les compare, avec une forme modifiée toute particulière, qui établit entre elles une notable différence. La modification porte principalement sur les lésions, comme dans la pneumonie lobulaire, et sur le degré de réaction qu'elles déterminent, c'est-à-dire sur les symptômes, de sorte que, dans un grand nombre de cas, la science des maladies de l'homme se trouverait en défaut à l'égard des mêmes maladies de l'enfant, si l'on en avait fait une étude comparative. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, rien n'est plus aisé à reconnaître, chez l'adulte, que la phthisie pulmonaire confirmée; il n'est rien qui présente plus de difficultés chez le jeune enfant. Il en est de même pour un grand nombre d'autres maladies.

Les affections les plus fréquentes chez les enfants à la mamelle sont la gastro-entérite, appelée sans raison *athrepsie* par Parrot, et les maladies des voies digestives, ainsi que celles des voies respiratoires; viennent ensuite les maladies de la peau et les affections du système nerveux. Au reste, il n'y a rien de bien précis à cet égard, car ce qui serait vrai pour la première période de l'allaitement, ne le serait pas entièrement pour la seconde, et ne l'est plus à la fin de l'enfance. En effet, si, par la pensée, on divise en deux parties la vie de la mamelle, l'une qui serait comprise entre le moment de la naissance et l'époque de la dentition, et l'autre étendue depuis la dentition jusqu'au terme ordinaire de l'allaitement, c'est-à-dire jusqu'à dix-huit ou vingt mois, on trouvera, dans cette seconde période, des maladies qui sont assurément fort rares dans la première : les maladies de la bouche, par exemple, les aphthes, l'angine couenneuse, et d'autres affections infiniment plus fréquentes que dans les premiers mois qui suivent la naissance

Toutes les maladies de l'enfance ne sont que des impressions transformées, et résultent de la réaction qui suit une impression morbifique locale ou infectieuse. Impression et réaction sont en effet la formule étiologique la plus élevée de toutes les maladies (1). Seulement ici, chez le jeune enfant, l'impression est facile, elle est plus profonde et plus grave que chez l'adulte; aussi les réactions sont-elles plus vives et plus dangereuses. Il y a des organes qui sont plus susceptibles que d'autres : tels sont le cerveau, le poumon, les bronches et l'intestin; aussi voit-on ces manifestations morbides éclater ordinairement dans ces tissus et dans ces viscères.

D'une manière générale, on peut dire, sans crainte de se tromper, que les lésions anatomiques des maladies de la première enfance sont moins franchement inflammatoires que les lésions de la seconde enfance et que celles

(1) E. Bouchut, *Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie.* 4e édition, Paris, 1882, p. 29.

de l'âge adulte; elles sont plus meurtrières, il est vrai, mais la mort est moins souvent le résultat des désordres matériels qu'elles produisent que du coup porté à une faible organisation par une réaction dynamique trop considérable, ou par une *asthénie* due à un rapide épuisement des forces et à l'état chronique qui peut en être la conséquence.

En effet, si l'on examine avec attention les lésions anatomiques d'une pneumonie, et que l'on compare ces lésions à celles de la pneumonie aiguë des adultes, cherchez dans l'un et dans l'autre cas l'élément matériel de ce qu'on est convenu d'appeler *phlegmasie*, et vous ne trouverez, ici et là, aucun rapport à établir. L'inflammation, dans le premier âge, a moins de plasticité; elle est, si l'on peut s'exprimer ainsi, faible comme le sujet sur lequel elle se développe. Rarement la suppuration vient à la suite; les matériaux qu'elle amasse dans les cellules d'un organe y séjournent, car les forces de l'absorption sont amoindries et insuffisantes pour les faire disparaître. Si l'enfant ne succombe pas, la maladie passe souvent à l'état chronique.

La forme subaiguë ou chronique, succédant très vite à une acuité inflammatoire très vive, est, selon moi, un des caractères les plus importants des maladies de l'enfance; c'est ce qui les rapproche, jusqu'à un certain point, des maladies des vieillards. Ainsi la pneumonie se présente beaucoup plus souvent sous la forme chronique, à ces deux périodes extrêmes de l'existence, que dans l'âge adulte. Il en est de même de la pleurésie et de l'entérocolite; celle-ci surtout est remarquable par sa tendance à se transformer en maladie chronique.

Les altérations anatomiques ne sont pas les seuls indices capables de révéler au médecin la différence qui sépare les phlegmasies chez les enfants à la mamelle des phlegmasies chez les adultes; d'autres signes non moins importants, tirés de l'étude de leurs symptômes, de leur marche, de leur durée et de leur terminaison, viennent confirmer cette assertion. En effet, que de différences dans les symptômes, suivant les maladies! N'est-ce pas à l'étroitesse de la glotte chez les enfants et à leur état nerveux qu'il faut rapporter les accidents de dyspnée et d'asphyxie qui surviennent si rapidement dans quelques affections des voies respiratoires? N'est-ce pas à la susceptibilité très grande du système nerveux qu'il faut attribuer les phénomènes spasmodiques et convulsifs qui signalent le début des maladies aiguës fébriles ou la fin de quelques maladies chroniques? N'y a-t-il pas, enfin, dans la réaction fébrile, des caractères différentiels évidents d'une très grande valeur?

Chez le jeune enfant, la réaction fébrile est, comme chez le vieillard, sans rapport exact avec la lésion matérielle : chez le premier, elle est d'abord très vive et semblerait indiquer un désordre très considérable, qui n'existe souvent pas; chez le vieillard, elle est faible, quelquefois nulle, malgré de très graves lésions anatomiques; il n'y a que chez l'adulte où la balance se trouve en quelque sorte équilibrée, et où l'on puisse se guider sur la réaction fébrile pour juger l'étendue des lésions matérielles.

Le désaccord de la réaction fébrile et de la lésion anatomique est un des phénomènes les plus curieux de la pathologie enfantine, et il a, selon moi, une haute signification médicale. Ainsi, pour prendre un exemple, l'altération des forces, qui se montre si vive et si différente dans la pneumonie de l'enfant, dans la pneumonie de l'adulte et dans la pneumonie du vieillard, atteste au moins une fois de plus la vérité de ce principe que, ces lésions étant données les mêmes, chacun, selon son âge, ou d'autres circonstances encore, a une manière de les subir qui constitue son idiosyncrasie.

Chez les jeunes enfants, la réaction est constituée par l'ensemble des phénomènes généraux, tels que les troubles de la sensibilité générale et motrice, l'agitation, les troubles de la calorification cutanée qu'il faut étudier avec le thermomètre mis dans l'aisselle, seul moyen d'éviter toute erreur, et enfin par la fréquence des pulsations artérielles. Le pouls ne donne, il est vrai, qu'une idée approximative et exagérée de l'étendue des altérations locales et de la résistance dynamique des sujets; mais enfin c'est un renseignement fort utile qu'on ne saurait négliger. Fort ou faible, il est en général très varié dans son accélération, et présente une ou deux rémissions par jour. Ses intermittences sont très rares et n'ont d'ailleurs lieu que dans les maladies du système cérébro-spinal du cœur ou de l'intestin. Dans l'enfance, la réaction fébrile n'est donc pas continuellement la même; très vive un moment, elle diminue beaucoup, et reparaît ensuite à un très fort degré. Ces modifications sont surtout remarquables au bout de quelques jours de durée de la phlegmasie, soit du poumon, soit du gros intestin; elles deviennent très évidentes lorsque ces maladies passent à l'état chronique.

Les affections de la première enfance diffèrent donc des maladies de l'adulte sous bien des rapports : 1° action facile des causes productrices; 2° réaction vive, souvent exagérée, qui tombe rapidement; 3° faible plasticité de l'inflammation, qui donne aux lésions anatomiques des caractères physiques particuliers; 4° état fébrile souvent accompagné de rémissions; 5° marche rapide des accidents; terminaison précipitée, soit que la guérison ait lieu, soit que la mort ou la chronicité survienne; tout enfin me permet de dire que les maladies des enfants à la mamelle présentent un cachet de faiblesse remarquable, qui est en rapport avec la chétive constitution des sujets.

Ces considérations de pathologie générale laissent voir quelle est ma manière d'envisager les maladies qu'on observe chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle. Les opinions que je viens d'émettre trouveront leur confirmation dans la suite de cet ouvrage, et surtout dans l'article que je consacrerai à l'étude de la réaction fébrile.

Voici maintenant les caractères généraux extérieurs de ces maladies, tels que l'observation les indique; ils sont de la plus haute importance et nous sont fournis par l'étude attentive des moyens d'expression particuliers au jeune âge.

LIVRE II

DES MOYENS DE RECONNAITRE LES MALADIES DE L'ENFANCE, ET DES MOYENS D'EXPRESSION DES ENFANTS

Ce n'est pas chose facile que de s'entendre avec un petit être, qui semble d'abord n'avoir besoin que de nourriture et de sommeil, dont l'intelligence commence à s'ouvrir, et qui cherche à prendre connaissance de tous les corps inconnus qui l'entourent. Si la tâche devient moins pénible à une époque plus avancée, il faut cependant convenir qu'elle reste encore difficile, tant que la parole ne vient pas en aide aux malades embarrassés pour exprimer leurs sensations.

Jusque-là le médecin qui examine un enfant qui souffre n'a que faire du langage articulé, puisqu'il est insuffisant; il doit avoir recours à d'autres