

Ce n'est pas toujours possible. Il arrive que l'enfant commence à crier à la simple vue du médecin. Cela ne doit pas empêcher de procéder toujours de la même façon. L'oreille contre le dos de l'enfant, le médecin écoute, et, après quelques cris, un moment arrive où l'enfant fait une inspiration profonde pour emplir d'air sa poitrine avant de crier de nouveau. Il suffit d'ausculter deux ou trois de ces inspirations. Les cris ont l'avantage de permettre l'étude du retentissement vocal et la recherche des vibrations; pour rechercher celles-ci, la main doit être appliquée comparativement dans l'une et l'autre aisselles, et non dans le dos, toujours pour éviter la cause d'erreur due à la facilité de la transmission des signes d'un côté à l'autre du petit thorax du jeune enfant. Les cris ne gênent pas la percussion; le médecin approchera suffisamment l'oreille pour bien percevoir le son donné par une percussion légère, sans qu'il soit convert par les cris de l'enfant.

A l'état normal, le jeune enfant a une respiration différente de la respiration normale de l'adulte. Elle est plus rapide, puisque pendant le sommeil l'enfant fait en moyenne 35 respirations dans les premiers mois, 28 à un an, 26 à deux ans, 25 à trois et quatre ans; ces chiffres augmentent encore pendant la veille et surtout par l'appréhension que cause souvent à l'enfant la seule présence du médecin. Le murmure respiratoire est relativement plus fort chez l'enfant que chez l'adulte. On sait que Laënnec désignait sous le nom de respiration puérile la respiration plus ample et plus bruyante du poumon fonctionnant supplémentairement quand son congénère est comprimé ou détruit. Cette intensité du murmure respiratoire tient à la minceur des parois thoraciques, qui fait que les bruits d'origine pulmonaires arrivent affaiblis. Tous les bruits pathologiques sont également perçus avec plus de force. Les râles sous-crépitants retentissent violemment sous l'oreille, et pour peu qu'ils soient humides, de calibres variés et suffisamment confluent, ils simulent des gargouillements. On comprend donc qu'un observateur non prévenu croit facilement à l'existence d'une caverne, alors qu'il s'agit uniquement de foyers de broncho-pneumonie ou de congestion pulmonaire, en dehors de toute tuberculose, en dehors également de tout processus de dilatation bronchique. Cela est prouvé non seulement par les autopsies, mais encore parce que ces signes ca-