

des préparations ichthyolées, iodoformées, thiocolées, l'état de ses fonctions digestives empire, il est bientôt réduit à l'état squelettique, la peau est pâle comme de la cire et présente souvent la teinte verdâtre signalée par M. Netter dans les pleurésies purulentes à pneumocoques; elle est collée aux os, les poinnettes sont excavées, les yeux enfoncés, les saillies musculaires disparues, les saillies osseuses exagérées; la respiration est affaiblie, le pouls imperceptible, le cri remplacé par de vagues plaintes, et l'enfant finit par s'éteindre. Cette fatale terminaison aurait pourtant pu être évitée si le diagnostic avait été exact. On doit le faire exact quand on tient compte de certaines particularités de séméiologie infantile, qui, méconnues, sont la cause de grosses erreurs.

*L'examen* des poumons des jeunes enfants doit toujours être fait avec méthode. Il faut que le thorax de l'enfant soit largement découvert et que l'enfant soit tenu sur le bras de sa mère, la poitrine appuyée sur le sein et l'épaule de celle-ci, de façon à ce que le dos de l'enfant se présente directement au médecin et que les deux moitiés du thorax soient bien symétriques. L'auscultation se fera sur un linge fin; la tête du médecin se pose doucement au contact du dos de l'enfant, sans appuyer. Le médecin ausculte comparativement un côté, puis l'autre à différentes hauteurs. L'enfant n'étant pas changé de position, le médecin procède ensuite à la percussion. Elle doit être très légère, sous peine de faire résonner en entier le petit thorax et de n'obtenir aucune différenciation.

*L'auscultation et la percussion* sont ensuite pratiquées comparativement dans chaque aisselle; il ne faut pas oublier, en effet, d'abord que, chez l'enfant comme chez l'adulte, beaucoup de processus morbides prédominent à la partie latérale du poumon; puis que, dans le petit thorax de l'enfant, la propagation des bruits se fait facilement d'un côté à l'autre, et que c'est dans les aisselles qu'on se trouve le plus à l'abri de cette cause d'erreur.

Enfin, le médecin ausculte, puis percute, la face antérieure du thorax; nous terminons habituellement par cette région parce que l'enfant s'effraye toujours plus des manœuvres pratiquées sur sa poitrine et vues par lui que de celles effectuées sur son dos. Il importe de ménager l'enfant qu'il ne s'agite pas et ne crie pas pendant ces manœuvres.