



UNIVERSITÉ DE PARIS -- FACULTÉ DE MÉDECINE

386

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis CUISINIER

Né à Faumont (Nord), le 9 Juin 1889

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES VOMISSEMENTS *de Nature Indéterminée* chez les Enfants

Président : M. NOBÉCOURT, *Professeur*



PARIS

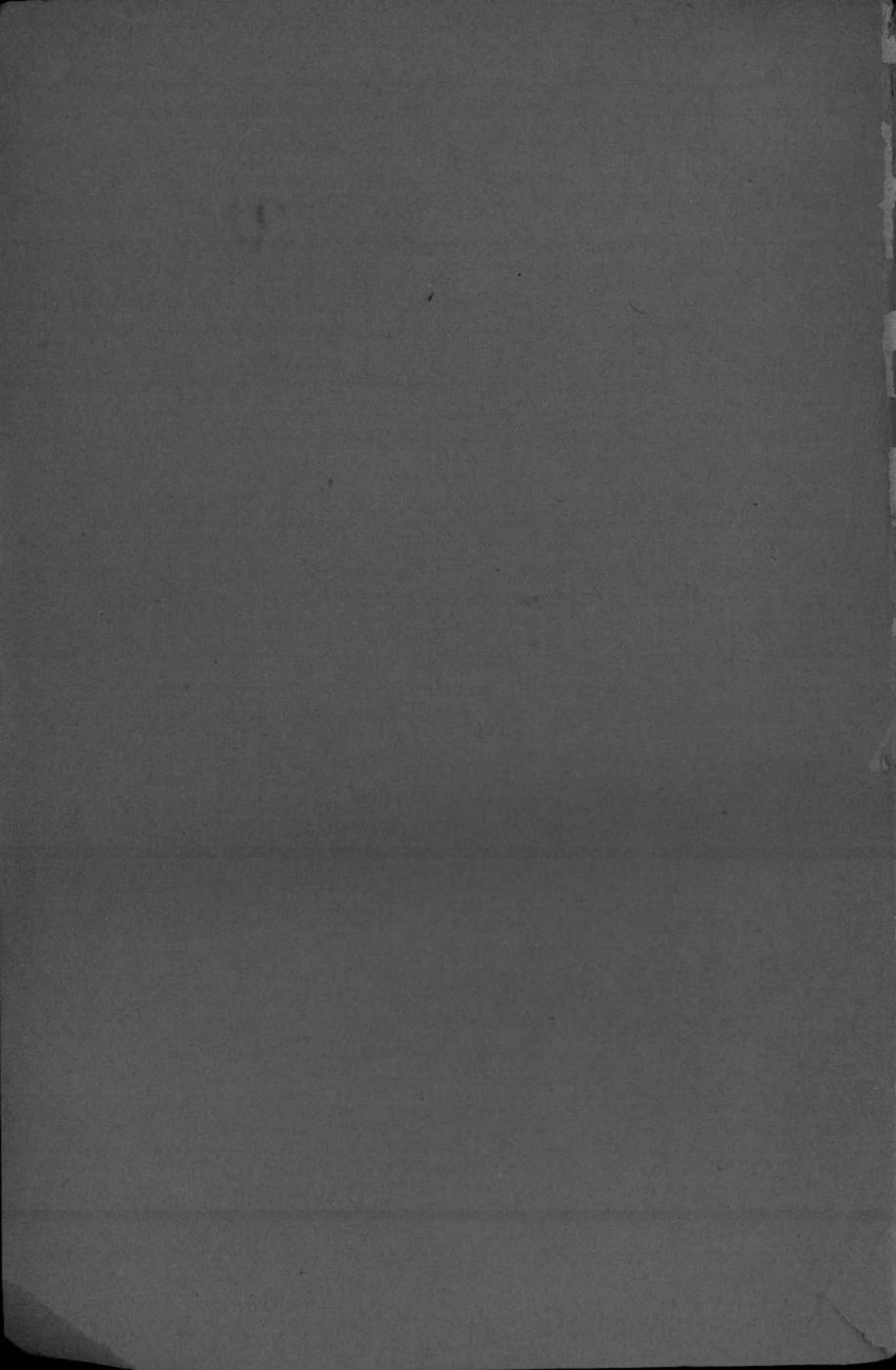
LIBRAIRIE UNIVERSITAIRE

HENRI D'ARTHEZ

3, Place de la Sorbonne, 3.

1923

1889  
A. 55  
27



384

CONTRIBUTION  
A L'ÉTUDE DES VOMISSEMENTS

*de Nature Indéterminée*

chez les Enfants.

.....

UNIVERSITÉ DE BRUXELLES - ÉCOLE DE MÉDECINE

ANNUAIRE

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

UNIVERSITÉ DE PARIS -- FACULTÉ DE MÉDECINE

---

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis CUISINIER

Né à Faumont (Nord), le 9 Juin 1889

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES VOMISSEMENTS *de Nature Indéterminée* chez les Enfants

---

Président : M. NOBÉCOURT, *Professeur*

---



PARIS

LIBRAIRIE UNIVERSITAIRE

HENRI D'ARTHEZ

3, Place de la Sorbonne, 3.

---

1923

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## LE DOYEN .....

### PROFESSEURS

Anatomie .....	M. ROGER
Anatomie médico-chirurgicale .....	MM.
Physiologie .....	NICOLAS
Physique médicale .....	CUNEO
Chimie organique et chimie générale.....	Ch. RICHET
Bactériologie .....	André BROCA
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	DESCREZ
Pathologie et thérapeutique générales.....	BEZANÇON
Pathologie médicale .....	BRUMPT
Pathologie chirurgicale .....	Marcel LABBE
Anatomie pathologique .....	LECENE
Histologie .....	LETULLE
Pharmacologie et matière médicale.....	PRENANT
Thérapeutique .....	RICHARD
Hygiène .....	CARNOT
Médecine légale .....	BERNARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BALTHAZARD
Pathologie expérimentale et comparée.....	MENETRIER
	ROGER
	ACHARD
	WIDAL
Clinique médicale .....	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
Hygiène et clinique de la première enfance.....	NOBECOURT
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .....	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.....	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER
	DELBET
	LEJARS
Clinique chirurgicale .....	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique .....	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements .....	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique .....	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.....	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique .....	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique .....	SEBILLEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL
Clinique prophédeutique .....	SERGENT

### AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RICHAUD
BAUDOIN	GOUGEROT	LEREBoulLET	ROUSSY
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	ROUVIERE
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	STROHL
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TANON
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TERRIEN
CHIRAY	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	TIFFENEAU
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	
DEBRE	LARDENNOIS	RATHERY	

*A la Mémoire de mon père*

le Docteur G. CUISINIER

---

A Monsieur le Professeur POTEL

*de la Faculté de Lille*

Hommage de notre sincère  
reconnaissance

---

*A mes Maîtres*

*des Facultés de Lille et de Paris*

---

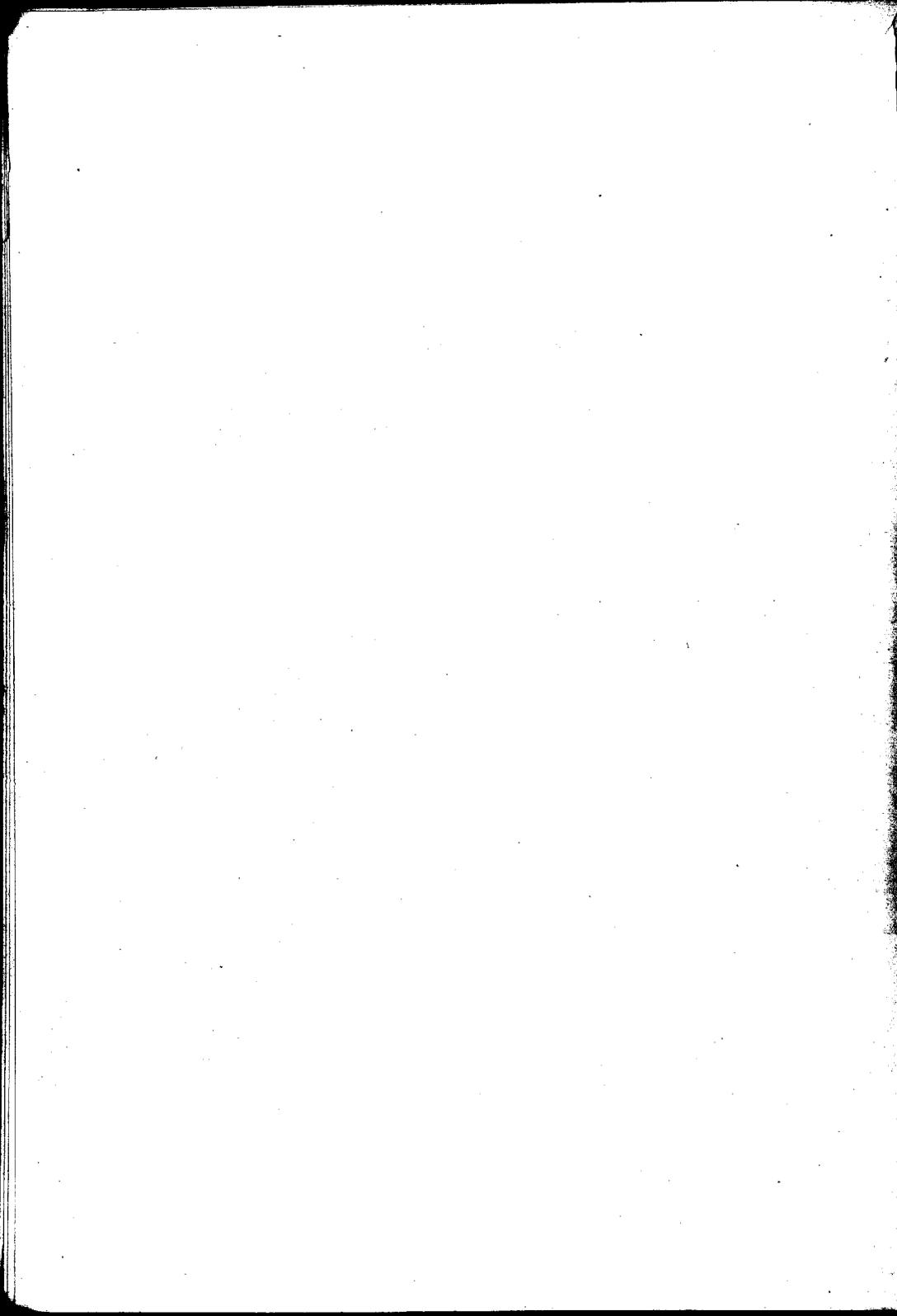
*Meis et amicis*

*A ma femme*

témoignage de reconnaissance  
affectueuse pour l'aide qui  
nous fut apportée.

*A mon Maître et Président de Thèse*

**Monsieur le Professeur P. NOBECOURT**  
***Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine***  
***Membre de l'Académie de Médecine***  
***Chevalier de la Légion d'Honneur***



## AVANT-PROPOS

A côté des vomissements, symptômes d'affections bien caractérisées, il en est d'autres qui relèvent d'une étiologie et d'une pathogénie mal élucidées. (Nobécourt, précis de Médecine infantile). Ce sont les vomissements des enfants, liés à l'intolérance gastrique et à tous les syndrômes groupés sous le nom de vomissements périodiques ou cycliques.

Bien des mamans et des nourrices considèrent les vomissements comme des manifestations banales, sans importance, tant que ces vomissements ne sont que de simples régurgitations ou ne paraissent pas inquiéter l'état général de leurs enfants. Mais, bien vite alarmées par de véritables vomissements, elles n'invoquent plus la banalité de la chose que pour en faire un grief au médecin.

Les causes de vomissements que nous connaissons sont nombreuses, et le traitement étiologique s'impose immédiatement à notre esprit dans la plupart des cas. Mais en face de certains vomissements d'une autre nature, nous sommes encore obligés de nous contenter du traitement symptomatique ; lequel d'ailleurs est souvent inefficace, et c'est un des principaux caractères communs de ces vomissements de nature indéterminée dont nous ne connaissons bien que les caractères cliniques.

Il nous a paru intéressant d'essayer une étude de ces vomissements, dénommés d'une façon variée : vomissements périodiques, cycliques, récurrents, persistants, avec acétonémie, et d'exposer les réflexions qui se sont imposées à notre esprit au sujet des diverses théories pathogéniques qui ont été proposées.

Une importante distinction s'impose au début de ce travail entre les vomissements périodiques de l'enfant, et les crises gastriques de l'adulte, qu'on a proposé d'introduire dans ce cadre nosologique sous le nom de « vomissements périodiques de l'adulte ».

Nous nous rangeons à l'avis de Northrup qui les considère comme des névroses pures et nous n'en parlerons pas dans cet ouvrage.

Dans un premier paragraphe nous donnerons un aperçu de l'histoire de la question.

Dans le paragraphe deuxième nous résumerons les connaissances d'anatomie et de physiologie qui concernent plus spécialement les vomissements de l'enfant et du nourrisson.

Dans les paragraphes suivants nous essayerons d'interpréter les diverses théories qui furent proposées au sujet de la pathologie des vomissements qui nous intéressent.

Le dernier paragraphe sera réservé à notre conclusion.

## HISTORIQUE

L'histoire du vomissement chez les enfants et les nourrissons est liée à celle des théories successives qui depuis un siècle environ, se sont partagées la faveur des médecins, en ce qui concerne l'alimentation des enfants.

Cependant, les vomissements qui, les premiers attirèrent l'attention des médecins en tant que symptômes prépondérants d'une affection furent les vomissements qui se rattachent à des sténoses ou à des spasmes gastro-duodénales.

Nous pouvons signaler une observation datant de 1788 citée par Osier dans les « Transactions of the new-haven médical association », une observation de Martin en 1826, de Pauli en 1839 de Williamson en 1841, et de Diawoski en 1842.

Les vomissements de nature ou de cause indéterminée ne paraissent pas avoir intéressé les médecins avant 1840.

C'est au docteur Gruère, médecin de Dijon, que nous devons la première publication d'une observation de « vomissement périodique, sans signe d'inflammation, ni de lésion organique ». (Société médicale de Dijon 1840).

En 1861, le docteur H. C. Lombard publie dans la *Gazette médicale de Paris* une étude clinique in-

titulée : « Description d'une névrose de la digestion caractérisée par des crises périodiques de vomissements et une profonde modification de l'assimilation ».

En 1882, paraissent les premières études de l'Ecole américaine qui étudie de nombreuses observations de « recurrent vomiting » ; à partir de cette époque, nombreuses sont les publications tant dans l'Amérique du Nord que dans l'Amérique du Sud ; soit que les cas de cette affection aient été particulièrement fréquents dans ces pays, soit qu'ils aient intéressé davantage les médecins américains.

Nous devons neuf observations à Samuel Gee, en 1882 ; puis viennent les travaux de Snow (1883), Holt (1887), Rachford (1897), Withney (1898).

Ces travaux sont signalés en France par Comby en 1899 et dans la thèse de Solelis, élève de Comby.

Depuis lors, les observations, les monographies, les comptes-rendus se sont multipliés. On peut citer en France les travaux de Méry, de Guinon, de Marfan, de Lamarc Dormoy, de Céard, de Guérin (de Paris) ; de Vygnes, de François, de Rochu, (de Marseille). En Amérique, ceux de Pepper, de Griffiths, de Fischer, etc...



## ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Le vomissement est l'expulsion brusque et convulsive par la bouche des matières contenues dans l'estomac. Cet acte est généralement précédé par une sensation particulière, une envie de vomir qui est désignée sous le nom de nausée.

Nous devons établir des différences entre les vomissements chez les enfants et les nourrissons, et le vomissement chez l'adulte.

Incontestablement plus fréquents chez l'enfant et le nourrisson, du fait d'une excitabilité particulière du système nerveux, et pendant les premiers mois de la vie, de l'absence ou de l'état rudimentaire du sphincter du cardia, le vomissement du nourrisson se distingue encore de celui de l'adulte par des modalités différentes de la contraction gastrique et des particularités importantes du chimisme stomacal.

En effet dès le début de la tétée on peut voir l'estomac rempli de gaz, acquérir presque d'emblée toute sa capacité, puis, une fois plein de lait, on le voit se contracter brusquement et rester à l'état de contraction jusqu'à son évacuation.

La situation de l'estomac par rapport à l'œsophage a une très grande importance au point de vue vomissement. Les vomissements en effet se produiront d'autant plus facilement que l'estomac sera

placé plus directement dans le prolongement de l'œsophage et se produiront d'autant plus difficilement que l'estomac et l'œsophage feront entre eux un angle plus aigu.

C'est grâce à des dispositions anatomiques de cet ordre que le vomissement se produit plus facilement chez les carnivores ou chez les omnivores que chez les herbivores. C'est aussi parce que, chez le jeune enfant, le fond de l'estomac est à peine développé que celui-ci ne constitue pour ainsi dire qu'un prolongement de l'œsophage, que chez lui, le vomissement est particulièrement facile et que, seulement chez lui, on peut rencontrer les régurgitations qui sont des évacuations s'accomplissant sans le secours de la presse abdominale.

Le point de départ du vomissement se trouve-t-il en différents points du tube digestif ; la voie veineuse est-elle toujours empruntée par les substances capables de le produire ? La question a été résolue de la façon que nous résumons ci-après :

Deux ordres de phénomènes sont à considérer dans le mécanisme du vomissement :

1° La cause initiale.

2° Le siège et la forme des mouvements musculaires mis en jeu par la cause initiale et qui provoquent l'expulsion du contenu stomacal vers les premières voies.

La cause initiale, qui nous intéresse, est une excitation du système nerveux. On admet aujourd'hui qu'il existe au moins un centre nerveux spécial pour le vomissement. Ce centre de Tuma a été loca-

lisé par ce physiologiste dans les parties profondes de la moelle allongée au voisinage du calamus scriptorius. D'autres physiologistes admettent cependant l'existence d'autres centres de vomissements ; dans le corps strié au voisinage du noyau lenticulaire, dans les tubercules quadrijumeaux et dans le segment supérieur de la moelle épinière.

Qu'il existe un seul ou plusieurs centres du vomissement, toute excitation transmise à ce centre, ou à ces centres, produira le vomissement ; autrement dit, le vomissement peut se produire par excitation directe du centre, par action directe ; ou bien par excitation périphérique (action indirecte ou réflexe) ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent.

Les voies centripètes susceptibles de conduire au centre l'ordre expulsif sont très nombreuses et peuvent être impressionnées dans tous les cas de troubles digestifs. Le point de départ de ces ordres peut également être situé dans le cerveau.

Il suffira donc qu'une substance vomitive quelconque ait été ingérée ou soit élaborée sur place dans l'organisme ou bien encore introduite dans le torrent circulatoire pour déclencher les mouvements musculaires nécessaires à l'expulsion du contenu stomacal.

Il nous reste à noter le rôle de l'estomac, qui ne joue pas d'une façon active en cette circonstance, ainsi qu'on serait trop porté à le croire. L'expérience de Magendi le démontre suffisamment.

## **CAUSES INDETERMINEES DU VOMISSEMENT ET PERIODICITE**

Ainsi défini, le vomissement peut avoir une étiologie bien caractérisée soit : dyspepsie aiguë, début de maladie infectieuse, névrose gastrique, appendicite aiguë, affection cardiaque, gastrites, obstruction intestinale, urémie, etc.

D'autres fois, le vomissement se produit avec la plus grande facilité et font penser, chez certains enfants, aux adultes éthiliques, aux gros mangeurs, ou à certains formes de névrose gastrique ; et à première vue l'étiologie de ces accidents nous échappe.

Comby, dans les archives de médecine des enfants en 1899, et la même année son élève Solelis dans sa thèse décrivent sous le nom de « vomissements périodiques » un syndrome analogue que se traduit par des crises répétées et par un état général grave

On trouve dans les archives de pédiatrie (août 1897) une observation publiée par le docteur Holt, que voici :

### **Observation n° 1.**

Garçon de 10 ans appartenant à une famille de médecins. Père mort de méningite. Dès ses premières années, il a une crise de vomissement en face de laquelle les médecins avaient songé à la ménin-

gite tuberculeuse. Ces accès reviennent périodiquement tous les mois jusque il y a deux ans et demi ; l'enfant avait alors sept ans.

Les accès survenaient souvent en dehors de toutes causes d'excitation. Ils duraient deux à trois jours et tout traitement restait inefficace.

Les vomissements étaient très fréquents ; en une seule nuit dans une crise violente, l'enfant vomit dix-sept fois.

Température peu élevée.

Etat de demi-stupeur, ventre creusé en bateau, constipation, irrégularité du pouls et de la respiration.

A l'examen des urines on trouve que la proportion d'acide urique qui est au-dessus de la normale dans l'intervalle des accès (1 pour 55) tombe à 1 pour 160 pendant les accès.

Ces crises ont une grande analogie avec les accès de migraine chez l'adulte.

De nombreuses observations calquées pour ainsi dire les unes sur les autres nous permettent de fixer le syndrome du vomissement « périodique ».

Les podromes manquent rarement, mais ils peuvent manquer. Ils consistent en malaises, lassitudes, changement de caractère, inappétence. L'enfant n'a de goût pour rien, les traits ne sont pas tirés, les yeux sont cerclés de noir, la langue est sèche, subbu-rale souvent.

Quand l'enfant se plaint de douleurs dans le ventre, ce sont des douleurs mal localisées et sans signification précise.

Puis, sans cause occasionnelle apparente, des vomissements surviennent, incessants, quelquefois incoercibles, quelquefois pénibles ; alimentaires d'abord ils deviennent bilieux ensuite.

Dans certains cas, ces vomissements font penser à ceux de la méningite.

Ils se produisent plusieurs fois dans la journée, soit spontanément, soit après une tentative d'alimentation ; l'intolérance gastrique est absolue.

Le ventre est rétracté, creusé en bateau, la constipation est opiniâtre. Les selles, provoquées par lavement, sont putrides. L'état général est médiocre, voire même quelquefois franchement mauvais. Il peut y avoir délire, il y a toujours une certaine prostration ; le pouls est petit et surtout irrégulier. Il y a des troubles de la respiration. La température peut atteindre 39° et s'y maintenir pendant toute la durée de la crise.

Suivant le tempérament de l'enfant, on rencontre en même temps que les précédents, des troubles nerveux et même des troubles vaso-moteurs.

On a signalé quelquefois de l'hypothermie, ainsi que le fait observer Roth, le plus souvent à la fin de la crise.

La crise peut durer un à cinq jours, puis, la fièvre tombe brusquement, les vomissements cessent d'un seul coup, la convalescence est rapide.

L'examen des organes est presque toujours négatif.

Telle est la description de cette forme de crise. Nous rassemblons avant les conclusions de ce travail

quelques observations parmi les plus typiques qu'il nous a été donné de rencontrer.

Les auteurs qui se sont attachés à créer ce groupement de vomissements, insistent sur les caractères suivants qu'ils considèrent comme différentiels :

1° La périodicité.

2° L'inefficacité presque constante de toute traitement.

3° La conservation de la bonne santé de l'enfant dans l'intervalle des vomissements.

Nous prions le lecteur qui aura bien voulu prendre connaissance des observations insérées à la fin de ce travail de remarquer l'analogie des antécédents héréditaires que mentionnent la plupart de ces observations.

Les observations correspondantes à ce chapitre portent les n<sup>os</sup> 3 et 4.

## **CAUSES INDETERMINEES DES VOMISSEMENTS ET ACETONEMIES**

A la forme précédente de vomissements que nous venons de décrire, on a voulu superposer un syndrome de vomissement avec acétonémie et démontrer que les vomissements périodiques n'étaient qu'une forme légèrement différente de ce nouveau syndrome.

Le 14 novembre 1901, Marfan dans les Archives de Médecine des Enfants, donne la description de ces vomissements dont 25 observations avaient été rassemblées.

D'après lui, l'affection se rencontre rarement à l'hôpital, elle appartient presque exclusivement à la clientèle de ville. L'âge des enfants qui en sont frappés varie d'une façon générale de 1 à 10 ans ; mais surtout de 3 à 8 ans.

Le début est brusque en général, parfois cependant, précédé de quelques prodromes tels que de la céphalée, de la tristesse, une courbature légère, de la lassitude, et dans certains cas, l'haleine présente une odeur très nette caractéristique d'acétone, même avant l'apparition du vomissement.

Celui-ci reste pendant toute la crise le symptôme dominant, l'haleine à ce moment offre d'une façon manifeste l'odeur caractéristique d'acétone ; c'est le point qui frappe le médecin souvent même avant

son entrée dans la chambre du petit malade. Il en est de même le plus souvent de l'urine. L'analyse découvre toujours la présence d'une certaine quantité d'acétone qui peut atteindre parfois soixante grammes par litre. En revanche, on ne trouve dans l'urine ni sucre, ni albumine.

La diurèse, d'ailleurs, est inférieure à la normale.

L'enfant accuse une soif vive, il refuse bientôt tout aliment, chaque ingestion provoquant la réapparition du vomissement ; la langue tend à se dessécher et peut même se dépouiller en partie.

L'estomac n'est ni distendu, ni douloureux, ni dilaté. Le ventre est rétracté en bateau, la constipation est la règle, et si, par lavements, on obtient une selle, les matières n'ont rien de spécial.

La température oscille aux environs de 38° ; l'auscultation du poumon est négative, bien que la respiration soit parfois pénible, suspicieuse, ou même irrégulière.

Si la crise se prolonge quelques jours, le pouls devient petit, faible, inégal. Les symptômes nerveux sont en général absents, on note cependant un peu d'abattement, de demi-torpeur ; on peut également rencontrer de l'irritabilité.

La marche de la maladie n'a rien de régulier ; les vomissements peuvent persister pendant toute la durée de la crise, ou bien on observe des périodes de calme, sans que cependant les caractères de l'haleine se modifient.

Au bout de cinq à six jours en moyenne la guérison survient presque toujours assez soudainement

et ressemble de ce fait au début de l'accident. L'odeur de l'haleine disparaît brusquement elle aussi, et la convalescence très rapide ne demande que quelques jours.

L'affection, ainsi décrite par Marfan est-elle sujette aux récurrences ? Celles-ci ne sont pas constantes et se font à des intervalles en général assez éloignés.

Si la terminaison favorable est la règle, il faut dire qu'elle n'est pas constante; on a, en effet, signalé 10 cas mortels.

Nous avons choisi des observations qui sont insérées dans le dernier chapitre de ce travail avec les numéros 5, 6 et 7.

Depuis 1901, bien des travaux ont été publiés au sujet de cette affection, qui démontre (Nicolas, Paris 1913) que l'acétonémie est un symptôme fréquent dans les maladies de l'enfance, que l'acétone apparaît volontiers dans l'économie, quand le tube digestif est touché. Dans beaucoup de cas de rougeole s'accompagnant de troubles gastro-intestinaux, dans de nombreux cas de varicelle, la réaction qui descelle l'acétone a été trouvée positive d'autant plus nettement que ces cas s'accompagnaient d'entérite avec diarrhée ou constipation.

Il convient donc de signaler ici certains points des observations de vomissement avec acétonémie, tels que l'apparition des vomissements au cours d'une colite dysentérique, au début d'une rougeole, pendant une légère amygdalite lacunaire, et surtout la reproduction à certains moments de la crise, d'éruptions morbiliformes ou scarlatiniformes. Bien

loin de vouloir faire rentrer les vomissements périodiques de l'enfance parmi les vomissements acétonémiques et d'admettre que l'acétone pourrait être mis en évidence dans tous les cas de vomissements cycliques nous croyons à la dualité absolue de ces deux symptômes et nous donnons ci-dessous une observation personnelle recueillie à ce sujet.

**Observation n° 2.**

Il s'agit d'un enfant de 4 ans, une fille, que nous sommes appelés à voir pour la première fois. On nous demande notre avis parce que l'enfant présente depuis quarante-huit heures une forte température.

Enfant normalement développée, quant à la taille et au poids. Enfant d'intelligence précoce.

Antécédents personnels : l'enfant a déjà présenté deux fois des crises analogues de fièvre, débutant brusquement en même temps que se montrait une odeur caractéristique de l'haleine.

C'est ce symptôme qui nous frappe nous-mêmes dès notre entrée dans la chambre de l'enfant. Cette odeur caractéristique d'acétone qui, nous disent les parents, est surtout remarquable le matin et dans la matinée, l'enfant la présentait déjà lors des précédents accès.

Cette température est survenue en dehors de toutes causes apparentes appréciables et brusquement, sans qu des prodromes aient été notés par la famille.

Température élevée, 39°5 à 40°. Etat de demi-stupeur duquel l'enfant sort très bien d'ailleurs pour

répondre à nos questions, mais dans lequel il retombe aussitôt.

Le ventre est rétracté en bateau.

Constipation, irrégularité très nette du pouls qui passe en très peu de temps par des alternatives de fréquence très variée, irrégularité de la respiration, agitation nocturne. Les urines sont diminuées.

Il n'y a pas de vomissements.

Un examen attentif de tous les organes ne révèle rien en dehors d'une légère rougeur du rhinopharynx.

Pas de signes de kœrnig, pas de raideur de la nuque.

L'accès dure quatre jours, puis la température baisse brusquement, et tous les symptômes s'amentent aussitôt.

Pendant toute la durée de l'accès, l'urine, rare, a une odeur assez forte d'acétone et l'analyse faite au lit du malade ne révèle ni sucre, ni albumine.

A la suite de cet accès il n'y a pas eu de desquamation de la peau.

Les antécédents héréditaires de cet enfant sont assez chargés : père obèse, de famille de grands mangeurs, du côté maternel : grand'mère morte jeune de bacillose, une tante décédée de la même affection. Au sujet de la maman, le médecin de la famille a pu nous donner les renseignements suivants :

— Au cours de la grossesse qui devait donner naissance à cet enfant, la mère asthmatique, fut atteinte, dès les premiers mois, de vomissements

incoercibles qui l'obligèrent à garder le lit jusqu'au sixième mois environ. Ces vomissements s'accompagnent d'odeur de l'haleine caractéristique d'acétone et d'un état de demi torpeur duquel pendant deux mois environ la malade sortit peu.

L'examen des urines pendant toute la durée de cette indisposition ne révéla pas la présence de sucre ni d'albumine.

Nous retrouvons dans cette observation la plupart des symptômes décrits au sujet de la crise de vomissements avec acétonémie ; même caractère de périodicité, et de conservation de l'état général dans l'intervalle des crises. Il n'y manque que le vomissement.

L'acétone, produit peu toxique par lui-même, ne doit pas être considéré comme la cause, mais bien comme le résultat d'une intoxication, dont les symptômes viennent d'être décrits.

Dans d'autres cas, ce sont les vomissements qui apparaissent comme le résultat de cette même intoxication ; quelquefois, acétone et vomissements apparaîtront ensemble si les causes de l'infection ont été multiples.

## **CAUSES INDETERMINEES DES VOMISSEMENTS ET ANAPHYLAXIE**

« Les vomissements cycliques se présentent avec des caractères tels, qu'il nous paraît probable, que, dans certains nombres de cas, l'anaphylaxie aux protéines végétales ou animales est à leur origine. » (Lesné. Archives de médecine des enfants, février 1913).

Depuis les travaux de MM. Richer et Portier, quelques observateurs ont pensé pouvoir invoquer l'anaphylaxie dans les cas encore inexplicés de vomissements rebelles auxquels on n'a pu trouver d'autres causes.

Dans les observations qui ont été publiées à ce sujet, les troubles digestifs, troubles locaux, sont, en quelque sorte, au premier plan. La diarrhée accompagne le vomissement et les accidents font immédiatement penser à une intoxication alimentaire; ils sont en effet accompagnés de manifestations cutanées, urticaire ou érythèmes divers. Les phénomènes nerveux, avec hypotension du pouls, qui font rarement défaut doivent évidemment éveiller l'idée de choc anaphylactique, à cause de leur analogie avec ce que l'on observe dans l'anaphylaxie expérimentale. Cependant, avec beaucoup d'auteurs nous croyons qu'il ne faut pas prononcer le mot d'anaphylaxie sans avoir pudiquement, d'abord, exclu toutes les autres causes.

La preuve de l'anaphylaxie, d'ailleurs, qui peut être faite par injection intra-veineuse n'a pu être prouvée à la suite de simple ingestion. En effet, Besredka n'a pu obtenir le choc anaphylactique en sensibilisant les cobayes par la voie buccale ou rectale.

Il faut reconnaître cependant que Calmette a pu tuer par injection de sérum dans l'intestin, des animaux préalablement sensibilisés; dans ce cas, il faudrait admettre par analogie, que, le passage dans le sang des enfants, d'albumines hétérogènes serait favorisé par une lésion de l'intestin.

Nous croyons qu'il faudrait, en tout cas, réserver cette étiologie aux tous jeunes enfants ou aux nourrissons alimentés artificiellement (l'intolérance pour le lait de femme restant une chose tout-à-fait exceptionnelle) et chez lesquels, dominant les troubles digestifs avec toutes leurs conséquences toxiques possibles.

## **CAUSES INDETERMINEES DES VOMISSEMENTS ET SYPHILIS**

Avant 1882, époque à laquelle Leyden étudia les vomissements de l'adulte (Ueber periodisches Erbrechen, Krisen, Zeitschrift, für Klinische medicin 1882), l'école de la Salpêtrière avait signalé des crises gastriques chez les tabétiques.

Les caractères de ces crises présentent certainement quelques analogie avec celles que nous venons de décrire ; mais elles s'accompagnent de tout un cortège de symptômes qui les rattachent à une étiologie bien connue, bien étudiée, et dont nous connaissons parfaitement la thérapeutique.

Leur étude ne nous paraît pas devoir rentrer dans le cadre de cet ouvrage.

## CAUSES INDETERMINEES DES VOMISSEMENTS ET APPENDICITE

Parmi les signes fonctionnels et généraux que l'on observe dans l'appendicite, le vomissement vient en première place avec la constipation ou (plus rarement la diarrhée). La température s'élève tandis que le pouls atteint 90 ou 100. Ces signes dans l'appendicite aiguë, s'accompagnent de douleurs et de défense de la paroi, caractéristique. Puis apparaissent les signes, moins constants et plus tardifs, de péritonite localisée, plastique ou suppurée.

Mais, dans l'intervalle de ces crises appendiculaires typiques, ou dans l'intervalle de crises larvées, évolue parfois l'appendicite chronique. Il faut toujours songer à la possibilité de cette affection chez les dyspeptiques et les constipés. Chez les enfants qui ont une mauvaise mine ou qui présentent des petites poussées fébriles, sans autres symptômes, on doit de parti pris et à plusieurs reprises, rechercher l'existence du point de Mac Burney, en tenant compte cependant toujours que, nombreux sont les sujets qui souffrent spontanément, ou à la pression, dans la fosse iliaque droite et qui sont simplement des constipés, ou des malades atteints d'entérite chronique, de cholecystite, de péricolite membraneuse.

Peut-on se prévaloir de ces différents signes cliniques que nous venons d'exposer, pour incriminer

l'appendicite chronique chez les enfants qui vomissent facilement ?

Nous ne le croyons pas. Le non fondé de cette manière de voir est démontré d'abord, par ce fait, que les vomissements de causes indéterminées que nous avons définis, peuvent très bien se produire chez des enfants à qui l'appendice a été enlevé,

Il est reconnu en outre que l'appendicite est une affection rare dans la première enfance.

Dans la plupart des cas d'ailleurs le diagnostic est relativement facile entre la crise de vomissements et l'attaque d'appendicite.

Le vomissement de la crise périodique est plus fréquent, l'état nauséux est plus accusé et la forme paroxystique des vomissements s'observe plus fréquemment.

L'état du ventre est caractéristique. Nous l'avons retrouvé dans toutes les observations que nous avons rencontré : — ventre escavé, creusé en bateau. — ventre qui rappelle celui de la méningite.

Dans l'appendicite aiguë, le ventre est souvent ballonné. Sans parler des cas où le diagnostic est rendu évident par l'existence d'une tuméfaction, ou par des symptômes de péritonite diffuse, on peut trouver des éléments décisifs dans l'exploration de la région iléo-cæcale, l'hyperesthésie, la contracture légère, pour ne parler que des moins caractérisés n'existent jamais avec une location nette et pathognomonique dans les crises de vomissements périodiques.

On fera facilement la différence qui peut exister au niveau des muscles de la paroi abdominale, après plu-

sieurs jours de vomissements; c'est une douleur de muscles tirillés par l'effort incessant; sensation qui rappelle la courbature, et qui est surtout sensible au niveau de l'insertion costale.

Dans l'appendicite aiguë, la température est en générale élevée.

Dans la crise de vomissements, la température oscille aux environs de 38°, et quelquefois d'ailleurs, il n'y a pas de température.

Notons en passant que l'on peut rencontrer l'acétonémie dans l'appendicite, précédant ou accompagnant la crise. C'est un symptôme banal d'autointoxication gastro-intestinale. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet.

## **CAUSES INDETERMINEES DES VOMISSEMENTS ET ARTHRITISME**

Racheford dans une étude sur l'uricémie (Archives infantiles of Pédiatrix septembre 1897) consacre un chapitre aux troubles gastro-intestinaux, et nous y retrouvons le vomissement périodique.

Cette étude est reprise par Comby qui lui consacre un article des archives de médecine des enfants en 1901.

Si la goutte, dit Comby, avec son cortège de manifestations classiques bien connues, est l'exception dans le jeune âge, il ne faut pas attendre son apparition pour reconnaître l'uricémie, l'arthritisme à ses débuts.

La symptomatologie de cet état morbide est complexe, car elle comprend tous les troubles qui peuvent résulter de la présence d'un excès des acides ou des sels urinaires dans l'économie. Parmi ces corps, l'excès d'acide urique est au premier plan.

Les symptômes de cette diatèse chez l'enfant ou chez le nourrisson, ne sont jamais, ou le sont tout à fait exceptionnellement, d'une netteté absolue. Ils doivent être recherchés avec le plus grand soin, et ils exigent une grande sagacité clinique.

Peut-être les difficultés de ce diagnostic expliquent-elles le silence à peu près complet des écrivains médicaux sur l'arthritisme embryonnaire des tout petits.

De tels sujets éliminent en excès des urates dès les premiers jours mêmes de leur vie. Leurs urines sont très denses et très acides, et le dépôt et la coloration laissés sur leurs langes sont caractéristiques.

Plus tard ces enfants passeront progressivement de l'intolérance stomacale qu'ils manifestent volontiers dans les premières années de leur existence à des accès de céphalalgie, à de véritables accès de migraine.

Cette intolérance stomacale est la première manifestation tapageuse de la lithiase infantile. Ces attaques de gastralgie s'accompagnent de polypnée, de vomissements et de température; toute nourriture est rejetée pendant une période de un à plusieurs jours, tandis qu'on note 38° et quelquefois davantage.

Parfois on rencontrera des convulsions. (Les accès se répètent à des intervalles plus ou moins éloignés, mais presque toujours réguliers pour un même enfant.)

Tandis que l'état général de ces malades reste satisfaisant entre les crises.

Il faut remarquer cependant que les enfants nés avec la prédisposition uricémique, et chez lesquels on rencontre les symptômes que nous venons de décrire, sont nerveux et irritables. (Ils sont en général d'une intelligence précoce, associée à un développement physique excellent.) On peut les opposer de ce fait aux enfants précoces tuberculeux, chez lesquels on note toujours une infériorité physique notable.

Tous les troubles que l'on peut observer chez ces enfants rappellent par leur allure clinique les intoxi-

cations, les empoisonnements, (uricémie, empoisonnement par les champignons, empoisonnement par les viandes avariées); il s'agit donc vraisemblablement chez eux d'une véritable auto-intoxication.

Quels sont les poisons à incriminer?

La chimie est loin d'avoir dit son dernier mot à ce sujet. D'autre part, chez l'enfant et chez le nourrisson, comme à tous les âges de la vie, il est vraisemblable que l'uricémie prédispose aux fermentations intestinales chroniques.

Rien d'étonnant que sur cet état chronique de troubles habituels, viennent se greffer subitement, des manifestations aiguës, paroxystiques, qui paraissent d'autant plus brusques et sans cause occasionnelle appréciable que l'état chronique intestinale, peut-être ignoré et difficile à reconnaître.

On trouvera dans le dernier chapitre de cet ouvrage trois observations typiques d'accidents uricémiques à forme de vomissement.

Pour notre part, nous avons toujours reconnu dans les observations qu'il nous a été donné d'étudier, et se rapportant à des troubles uricémiques, les caractères importants que nous avons signalés au début de cet ouvrage à propos des vomissements périodiques a savoir :

1° La périodicité.

2° L'excellent état général en dehors des crises paroxystiques, état qu'on est habitué à rencontrer chez les enfants arthritiques.

## OBSERVATIONS

### Observation n° 3.

Rachford (Archives of Pédiatrie — Sept. 1897.)

Garçon né de parents arthritiques, les familles du père et de la mère comptent des gouteux depuis plusieurs générations. A partir de l'âge de deux mois, il a souffert de crises gastro-intestinales, survenant toutes les 4 à 6 semaines.

Toutes ces crises étaient semblables, caractérisées par des vomissements de la constipation et un mauvais état général.

Les premières furent attribuées à la mauvaise qualité du lait. On donna du lait stérilisé par petites quantités à la fois, à heure fixe; l'enfant gagna du poids mais les crises recommencèrent.

La dernière date du 8 février 1897, elle avait été prévue. Le 8 l'enfant prend une petite dose de lait qu'il rendit, le 9 même état. Le 10 au soir 38°, le 11, état alarmant : dyspnée, fétidité de l'haleine, inappétence absolue; le malade ne prend guère qu'un peu d'eau qu'il vomit aussitôt. Le soir, 39°. Le 12, même état général, les vomissements continuent, la constipation persiste; prostration; 38°5.

Le 13, même état, mais légèrement atténué le soir (38°.)

Le 14, convalescence brusque; quelques selles grasses.

Le frère du malade, a eu dans son enfance des crises semblables, ces crises se sont modifiées avec l'âge et ont faits place à des accès de véritable migraine.

**Observation n° 4.**

D<sup>r</sup>. Comby (Arch. Méd. des Enfants, Juin 1899.)

Fillette de 11 ans, délicate, née avant terme, elle a de temps en temps des crises de vomissements périodiques très nets.

Parents arthritiques, goutteux, (mère souffrant d'entérite mucomembraneuse.) Un frère âgé de 12 ans est neurasthénique, a des idées tristes.

Bien que nourrie au sein, l'enfant a eu dès ses premières années, des vomissements bilieux, revenant tous les mois ou toutes les six semaines. Ils sont très intenses, durent 48 heures, et s'accompagnent de fièvre et de céphalée.

Habituellement constipée, elle a de temps en temps des selles mucomembraneuses.

**Observation n° 5.**

Dûe au D<sup>r</sup>. Bouley.

Père obèse, atteint d'un psoriasis invétéré. Mère rhumatisante, avec artériosclérose ; 7 enfants.

Trois des filles ont eu des crises fréquentes parfois coexistantes avec une santé excellente dans l'intervalle de crises de vomissement.

Toutes trois ont eu des petites crises avant 1898. La première, née en 1883, en présentait une en août 1899. La deuxième née en 1891, est atteinte du même accident en juillet 1898, au cours d'une colite, disenteriforme. En avril et en août 1899, puis en avril 1900, au début, d'une rougeole; en octobre 1900 et en avril 1901.

La troisième, née en 1895, présente les mêmes phénomènes morbides en juillet 1898, en août 1899, en avril 1900 et en avril 1901.

La crise, chez chacune d'entre elle, dure une semaine environ, avec odeur d'acétone de l'haleine, et acétonémie notable décelée par la réaction de lieben.

#### **Observation n° 6.**

Du D<sup>r</sup>. Valagussa (Contribution allo studio di vomiti cicli ci nei Bambini in arc. Med. des Enfants 1901.)

Fillette de dix ans. (Grand'père paternel goutteux, grand-parents du côté maternel, arthritiques, la grand'mère ayant eu de la lithiase rhénale. Mère à manifestations articulaires.) Sœur de 13 ans arthritique.

Elevée au sein, bonne hygiène, un peu de constipation. Il y a trois ans, crise soudaine de vomissements incoercibles survenant en pleine santé et durant trente heures. Guérison rapide et complète.

Deux mois après, nouvel accès, suivi au bout de 15 jours d'un autre, puis d'un quatrième, et d'un cinquième. A la fin de l'accès, acétonémie manifeste.

Traitement : lait, farine, poulet, eau de Carlsbad et autres alcalins.

Urine, densité = 1026. Traces d'albumine, acétone, indican, acidité notable des matières vomies.

Après 8 mois de calme avec acide urique variant de 0.639 à 0.727, sans albumine ni acétone, en mars 1900, attaque avec céphalée, puis disparition complète des accidents.

**Observation n° 7.**

Du même auteur que la précédente.

Garçon de cinq ans et demi. Grand'père maternel goutteux. Mère migraineuse et uricémique. Père rhumatisant.

On trouve dans la famille de la grand'mère maternelle : diabète, sciatique, calculs du rein.

Nourri au sein jusqu'à 13 mois. A 14, gastro-entérite suivie d'entéro-colite à répétition, puis rachitisme. A deux ans et demi, premier accès de vomissement avec 38°2.

A trois ans et demi, des accès se répétant de mois en mois, jusqu'à l'été, puis colite.

En décembre suivant, crise de vomissements, puis six mois de calme. Malgré un régime sévère, nouvelle attaque grave, avec anasarque. Six mois plus tard, nouvel accès avec tétanie et acétonémie, urines très acides, albuminurie passagère.

**Observation n° 8.**

Comby (Archives de médecine des enfants 1901.)

Le 6 août 1900, je suis appelé à voir un garçon de

sept ans dont j'ai soigné le frère aîné pour troubles nerveux, et de l'entérite mucomembraneuse.

Cet enfant de sept ans, très court de taille, bien musclé ayant les côtes un peu évasées (stigmate de rachitisme) a été en retard pour la marche et la dentition.

Nourri au biberon, il a de la dilatation d'estomac et le rein droit mobile. Il a toujours vomi facilement sous l'influence, par exemple, d'une grippe, d'une angine, d'une indisposition quelconque. Mais il ne présente de vomissements cycliques que depuis huit mois.

A cette époque, il a été pris de vomissements incoercibles qui ont duré trois jours et se sont accompagnés de température. Trois autres crises depuis cette époque.

Enfant gros mangeur de viande, refusant les légumes, habituellement constipé.

Père athsmatique, mère goutteuse, arthritisme héréditaire évident.

#### **Observation n° 9.**

Comby (Archives de médecine des enfants 1901).

Il s'agit d'une fillette de 10 ans. Le père est atteint de troubles digestifs, migraineux et rhumatisant.

La mère migraineuse, dyseptique, asthmatique, a un rein mobile. Arthritisme des deux côtés.

L'enfant à l'âge de deux ans a eu la migraine. Actuellement, elle n'a plus d'accès mais se plaint de mal à la tête (céphalalgie frontale) surtout quand elle tra-

vaille. Depuis deux ans, les migraines qu'elles avaient autrefois ont été remplacées par des crises de vomissements incoercibles. Les vomissements durent trois ou quatre jours et reviennent périodiquement tous les six mois.

Ils laissent l'enfant amaigrie et anémiée. La dernière crise avait eu lieu il y a trois jours seulement, et j'entends nettement un souffle continu dans les vaisseaux du cou.

Au moment de la crise, clapotage gastrique. Sables uriques dans le vase de nuit. Traces d'albumine dans les urines.

L'examen du ventre de l'enfant montre un rein flottant droit, très mobile, porté en haut et en avant, pas douloureux.

La région de l'appendice est saine. Il n'y a pas de température au moment des crises.

Analyse d'urine : D = 1028. Urée = 24 grs Ac. Ur. = 0 g. 60. Traces d'albumine.

Je conseille un régime végétarien, des affusions froides, des alcalins, le grand air.

#### Observation n° 10.

Comby (Archives de médecine des enfants 1901).

31 mars 1901. Il s'agit d'un petit garçon de six ans.

Le père est bien portant, la mère très migraineuse, la grand'mère paternelle a la gravelle. Pas d'autres enfants.

Le petit malade est né à 8 mois avec une double cataracte (iridectomie duncôté, énucléation de l'autre, vue mauvaise, nistagmus.

Nourri au sein, l'enfant a marché tard, sans présenter de stigmata rachitiques.

Il est excité, nerveux, toujours en mouvement. Dort mal, grince des dents. Assez bien développé cependant, intelligent, docile.

A l'âge de deux ans et demi, première crise de vomissements ayant duré 48 heures avec peu ou pas de fièvre. Les vomissements reviennent d'abord tous les mois, puis s'éloignent pour se reproduire tous les huit à dix mois.

Ils sont précédés de crises nerveuses quelquefois avec perte de connaissance pendant 15 à 20 minutes.

Santé parfaite dans l'intervalle des attaques de vomissements.

Rien à l'estomac qui ne paraît pas dilaté. A l'auscultation du cœur, souffle systolique à la pointe.

Analyse d'urine : D = 1052; existence de cristaux d'acide urique en abondance.

## CONCLUSIONS

1° Les vomissements que nous venons d'étudier, seuls, ou accompagnés d'autres troubles digestifs, traduisent un état d'intoxication, de fermentation anormale du tube digestif.

L'acétonémie, fréquente chez les enfants et chez les nourrissons, traduit un état analogue.

2° Acétonémie et vomissements peuvent être interprétés comme des effets différents d'une même cause; mais il ne nous paraît pas qu'il puisse exister entre eux des relations de causes à effet.

3° Sur 120 observations, qu'il nous a été donné de parcourir, et relatives à des vomissements de cause indéterminée chez les enfants, nous avons relevé 80 fois l'hérédité neuro-arthritique avec des troubles digestifs plus ou moins accusés.

Si nous voulons nous souvenir que la principale tare de la diathèse arthritique est une tare digestive, nous pouvons prétendre que la cause indéterminée des vomissements que nous venons d'étudier, nous paraît être une légère surcharge toxique d'origine gastro-intestinale, ou d'infection frustre, chez des sujets uricémiques à hérédité neuro-arthritique.

Si l'on a égard aux antécédents héréditaires, aux antécédents personnels, au tempéramment du sujet, à leur appétit, à leur manière d'être, à leur hygiène



## BIBLIOGRAPHIE

- AUSSET. — Vomissements périodiques de l'enfance. leur parenté avec l'entérocolite mucomembraneuse. Etude étiologique et pathogénique.
- ASHBY. — Dieasis of digestion in infancy. (*Arch. of Pediatrics* 1897)
- BUDIN. — *Bulletin Académie de Médecine*, juillet 1893.
- BUDIN (P.) — *Le Nourrisson*, Paris octobre 1900.
- BAR (P.) — Intolérance d'un nourrisson pour le lait de femme et remarque sur l'intolérance que manifestent certains enfants pour certains laits. (*Bulletin de la Société d'Obstétrie*, Paris 1903)
- BARTLEY. — Sémyologie of vomiting in children (*Brooklyn med. Journ.* 1905).
- BROCA. — A propos des vomissements périodiques et acétonémiques. (*Société de Pédiatrie*, 1905).
- BOUVERET. — *Traité des maladies d'estomac*, Paris 1893.
- CEARD. — Vomissements avec acétonémie. Thèse de Paris, 1904.
- COMBY. — Vomissements périodiques chez les enfants. *Archives de Médecine des Enfants*, 1899.
- Urisémie chez les enfants. *Archives de Médecine infantile*, 1901.
- De quelques syndrômes arthritiques chez l'enfant. *Société médicale des hôpitaux*, 1901.

- L'arthritisme chez les enfants. (*Arch. de Médecine infantile*, 1902).
- Vomissements cycliques chez les enfants. *Arch. de Médecine infantile* (1909).
- Traité des maladies de l'enfance. (Paris 1907).
- CORNU. — Sur quelques cas d'intolérance des nourrissons pour le lait de femme. Thèse de Paris 1905.
- DESPINE et PICOT. — Traité des maladies de l'enfance.
- PATOUT (Ch.). — Les troubles produits chez les nourrissons par la suralimentation. Thèse de Paris 1903.
- FRANÇOIS. — Le vomissement chez le nourrisson. Thèse de Paris 1908.
- GUIGNON (L.). Sur une cause de vomissement du nouveau né. *Revue prat. d'obs. et de Pédiatrie*. Paris 1904.
- GRAND-MAISON (de). — Traité de l'arthritisme.
- GUYADER. — Vomissements à répétition chez le nourrisson. (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*. Paris 1904).
- GUERIN. — Contribution à l'étude clinique des vomissements avec acétonémie. (Thèse de Paris, 1905).
- HUTINEL. — Traité des maladies des enfants. tome III.
- HACOBSON. — Archives de médecine des enfants 1903.
- LEMARIE. — Notes sur les nourrissons hypoalimentés, leurs vomissements, leur alimentation. (*La clinique infantile*, mars 1911)
- LESAGE, LEVEN et BARRET. — Les vomissements du nourrisson aérophage (*Clinique infantile*, janvier 1909).

- LESAGE. — Maladies du nourrisson.  
Débilité arthritique chez l'enfant.
- MERKLEN. — Etude clinique sur l'hypoalimentation  
chez le nourrisson (*Clinique infantile*, janvier  
1911).
- MERY, GULLEMINOT. — Vomissement dans le syndrome  
pylorique du nourrisson. Pratique de la mala-  
die des enfants, tome II.
- MARFAN. — Maladie des Vomissements habituels. (*Le  
Nourrisson* 1919)  
Vomissements périodiques avec acétonémie.
- MARTINET. — Les médicaments usuels.  
Diagnostics cliniques.
- MARBAN. — Contribution à l'étude de l'acétonémie au  
point de vue clinique. (Thèse de Paris 1905).
- NOBECOURT. — Les infections digestives du nourrisson  
Paris, 1909.  
Précis de médecine infantile, Paris 1920.  
Conférences pratiques sur l'alimentation des  
enfants, Paris 1914.  
Recherche sur la pathogénie des affections gas-  
tro intestinales des enfants. (Thèse de Paris,  
1899).  
Traitement du vomissement chez les enfants.  
*Clinique du 25 juin* 1909).
- NORTHROP. — Traité des maladies des enfants de  
Grancher et Comby.
- PIERRA. — La surcharge alimentaire, cause d'intolé-  
rance gastro-intestinale chez le nourrisson.  
(Thèse de Paris, 1900).

- ROTHSCHILD. — Traité d'hygiène et de pathogénie du nourrisson et des enfants du premier âge. Paris, oct. 1905.
- RICHARDIERE. — L'ictère et le rôle du foie dans les vomissements à répétition de l'enfance. (*Société de pédiatrie*, 1905).
- ROBERTS. — Le vomissement paroxystique chez les enfants hérédo-syphilitiques (Thèse de Paris, 1920).
- SOLELIS. — Du vomissement périodique chez les enfants. (Thèse de Paris, 1899).
- SYLVESTRE. — Semyologie et Traitement des vomissements du nourrisson. (Thèse de Paris, 1913).
- TERRIEN. — Vomissements cycliques de l'enfance. (*Journal des Praticiens*, avril 1913)
- VARIOT. — Sur les vomissements incoercibles du nourrisson (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, Paris 1906).
- VERDURE. — Les vomissements chez les nourrissons. (Thèse de Paris, 1913).



861



