l'eau ; lavagss de l'intestin qui atteignent mieux le côlon, désagrègent les fèces et réalisent dans une certaine mesure l'asepsie du gros intestin ; suppositoires à la glycérine, au savon.

A l'intérieur, on donne des boissons lubréfiantes, comme la décoction de graines de lin, des substances huileuses, crème ajoutée au lait (Biedert), huile de foie de morue (1 à 2 cuillers à café par jour) (Bohn).

Les laxatifs proprement dits comprennent les sucres : *manne*, 10 à 15 grammes par jour, *lactose* (Traube), *miel*, *mélasse* ; ces différents corps peuvent être ajoutés au lait ou donnés en solution ou en nature avec la tétée ; *sirop de chicorée*, une à plusieurs cuillers à café par jour, avant les tétées. On emploie encore la *magnésie*, 1 à 2 grammes par jour, le *podophyllin*, 1/2 à 1 centigramme par jour, la *cascara sagrada*, 5 à 10 centigrammes par jour : ces différentes substances sont étendues d'eau sucrée ou de thé et données en deux ou trois fois avant les tétées.

Parfois, on a recours aux purgatifs proprement dits : *huile de ricin*, 1 à 2 cuillers à café, *calomel*, 5 à 10 centigrammes chez les nourrissons, *scammonée* (mêmes doses).

Enfin, dans les cas de tumeurs stercorales, on fragmente la masse avec le doigt ou avec une sonde en caoutchouc, si elle descend assez bas. On a recours au massage de l'S iliaque avec refoulement progressif et au lavement électrique suivant la méthode de Boudet de Paris.

ARTICLE IX

VOMISSEMENTS

Nous décrirons les vomissements particuliers à l'enfance, sans faire un chapitre de séméiologie complète. Nous distinguerons les vomissements de la première enfance et de la seconde enfance.

A. — Vomissements de la première enfance

Les vomissements de la première enfance comprennent la régurgitation, l'intolérance gastrique, le pylorospasme essentiel, la sténose congénitale, l'atrésie congénitale, le vomissement par suralimentation, les hématémèses du nouveau-né.

1° Régurgitation. — Le nourrisson *régurgite* avec une grande facilité le lait ingéré, soit de suite après la tétée pour se débarrasser du trop plein de son estomac, et en ce cas, le lait est liquide, soit au bout d'un temps qui varie de quelques minutes à une heure, spontanément ou à l'occasion d'un déplacement : dans ce dernier cas, le lait est caillé. La non-coagulation du lait, après un séjour d'une demi-heure, indique une altération profonde des glandes gastriques, qui ne fournissent plus le ferment lab.

La régurgitation est un phénomène presque physiologique, dû à la faible capacité de l'estomac, à son refoulement par le foie, à sa direction verticale. Elle ne porte d'ailleurs que sur de petites quantités de liquide.

Lorsque le vomissement, malgré le réglage méthodique des tétées, s'accentue et entraîne de grandes quantités de liquide, il faut distinguer plusieurs causes possibles :

2° Intolérance spécifique de l'estomac. — Si le contenu gastrique est altéré, répand une odeur aigre ou putride, s'il renferme des mucosités blanches ou bilieuses, il s'agit d'un trouble digestif proprement dit. Cette opinion se confirmera s'il y a en même temps de la diarrhée, des coliques, du ballonnement du ventre. On a à faire dans ce cas, à un début de gastro-entérite légère qu'il faudra traiter par les moyens prophylactiques et thérapeutiques décrits précédemment.

Il est à remarquer que le lait humain, et même le lait de la mère provoque parfois une véritable intolérance gastrique sans que ni la composition du lait, ni l'état général de la nourrice, ni l'état du sein permettent d'expliquer le fait. J'ai observé, comme beaucoup d'auteurs, cette particularité curieuse d'une façon très précise. Le lait de la mère administré à des intervalles de plusieurs jours provoquait toujours les mêmes effets, alors que le lait de vache ou d'ânesse était parfaitement toléré. Il ne faut pas hésiter dans ces conditions à changer la nourrice ou à pratiquer l'allaitement artificiel.

3° Pylorospasme essentiel. — Dans certains cas, relativement fréquents, le vomissement se répète après chaque tétée, soit immédiatement, soit après un temps qui varie de quelques minutes à une heure, deux heures et davantage, entraînant chaque fois une grande quantité de l'aliment ingéré, de sorte qu'il ne reste en définitive dans l'estomac que la moitié, le tiers, le quart du lait absorbé. Ces vomissements se produisent avec le lait humain, avec le lait de vache, le lait d'ânesse, le lait humanisé. Il n'y a pas d'indigestion proprement dite, mais stagnation prolongée du chyme dans l'estomac, ainsi qu'en témoignent les cathétérismes pratiqués au bout de deux ou trois heures après la tétée. Pas de troubles intestinaux, légère constipation ou selles normales. État général bon. Pas de fièvre. Le tracé thermique rappelle point pour point celui que j'ai établi pour le nourrisson qui digère et assimile bien. Il représente, quand l'enfant est au sein, un plateau sans oscillations du matin au soir, ou avec des oscillations de 1 à 2 dixièmes tout au plus. Pas de signes d'infection ni d'intoxication. L'enfant maigrit lentement. En réalité, il est inanitié, l'intestin ne recevant qu'une partie seulement des liquides ingérés. Il s'agit dans ces cas d'une affection que j'ai décrite avec Péhu sous le nom de *pylorospasme essentiel de l'enfance*[1]. Elle débute près de la naissance au bout de deux, trois, quatre semaines, dure quelques semaines, d'une façon continue ou avec des rémissions courtes, récidive aussi facilement et se termine généralement par la guérison.

Voici le traitement que j'ai employé :

Avant chaque tétée, une prise de 10 à 20 centigrammes de bicarbonate de soude, dans une cuillerée d'eau sucrée ; après la tétée, placer doucement l'enfant dans la position horizontale, avec une bouillotte japonaise sur le creux de l'estomac. Si les vomissements persistent, faire avant chaque tétée, un lavage de l'estomac avec de l'eau bouillie tiède pure ou légèrement alcaline. Les lavages seront de plus en plus espacés, en cas

[1] Weill et Péhu, *Lyon médical*, 1900. Voir aussi la thèse de Parisot (Lyon, 1900).

d'amélioration. Celle-ci se produit assez rapidement, et le plus souvent la guérison s'obtient après quelques jours ou quelques semaines de traitement.

4° Sténose congénitale du pylore. — Parfois le syndrome précédent ne cède pas, la contracture du pylore est permanente, l'estomac se dilate, les contractions sont perçues au niveau de la paroi abdominale, sous forme d'ondes, parfaitement visibles.

Quelques auteurs ont senti dans la région pylorique une petite tumeur mobile, formant sans doute l'obstacle à l'évacuation de l'estomac. Il s'agit d'une affection organique congénitale, la *sténose*, étudiée surtout par les auteurs anglais Cautley, Dent, Ashby, Rolleston, Still, et qu'ils attribuent à une *hypertrophie congénitale du sphincter pylorique*. Elle diffère du pylorospasme par sa ténacité, l'intolérance absolue de l'estomac, les signes physiques précités, l'inanition extrême aboutissant à la mort. Pfaundler, se basant sur des recherches anatomiques, nie l'existence de l'hypertrophie du *sphincter pylorique* qu'il attribue à une sorte de contracture agonique ou post mortem, susceptible d'être observée en dehors de tout trouble gastrique. Il n'en est pas moins vrai que la tumeur pylorique a été perçue sur le vivant, dans des tentatives opératoires, et qu'il faut maintenir à la *sténose pylorique*, sans être absolu au point de vue de son interprétation pathogénique, le rang que lui ont assigné les auteurs anglais. Le seul traitement qui convienne à ces cas est la gastro-entéro-anastomose. On a publié jusqu'ici une vingtaine de cas d'intervention. J'ai moi-même fait pratiquer par le Dr Nové-Josserand une gastro-entéro-anastomose chez un enfant de sept semaines, presque mourant, et qui guérit parfaitement. Il est bien entendu qu'avant d'opérer, on doit épuiser tous les moyens médicaux rationnels.

5° Atrésies congénitales. — Le pylorospasme et la sténose pylorique se distinguent facilement des *atrésies congénitales* de la partie supérieure du tube digestif : *atrésie pylorique, duodénale, intestinale*, dans laquelle le vomissement est immédiat après la naissance.

Dans le *rétrécissement œsophagien* ou les *diverticules congéni-*

taux de l'œsophage, le vomissement est précédé de cyanose et d'asphyxie par compression des voies respiratoires : c'est là un syndrome caractéristique.

6° Vomissements par suralimentation. — L'*allaitement artificiel* pratiqué sans rigueur, provoque parfois des vomissements répétés due à la *suralimentation*. En réalité, il y a quelques troubles digestifs, les enfants sont pâles, bouffis, ont de la boulimie. Il suffit de réduire la quantité de lait ingéré.

7° Hématémèses du nouveau-né. — On observe encore chez le nourrisson des vomissements de sang, surtout dans les premiers temps qui suivent la naissance.

Lorsque l'hématémèse coexiste avec d'autres hémorragies, on peut conclure à une *septicémie ;* sinon à un *ulcère gastro-duodénal*. Parfois l'hématémèse est un accident insignifiant dû à la déglutition du sein provenant de la nourrice qui est atteinte de fissures du sein. Dans la seconde enfance, l'hématémèse provient parfois d'une *épistaxis*.

Tels sont les divers vomissements observés chez les nourrissons.

B. — Vomissements de la seconde enfance

Nous ne ferons mention que des vomissements spéciaux aux enfants et nous décrirons successivement les vomissements dans les pyrexies, dans les maladies des voies respiratoires, dans celles des voies digestives, dans les affections nerveuses, les vomissements toxiques, les vomissements cycliques.

1° Vomissements des pyréxies. — Le vomissement chez les jeunes enfants est l'équivalent du frisson et se montre au début de toute invasion fébrile brusque : variole, scarlatine, érysipèle, pneumonie. Dans cette dernière affection, le vomissement se répète parfois plusieurs jours de suite, de façon à constituer la forme que j'ai désignée sous le nom d'émétisante.

2° Vomissements dans les maladies des voies respiratoires. — Toute maladie des voies respiratoires qui s'accompagne d'expectoration chez les enfants, produit souvent aussi le vomissement, qui dans ces cas succède à la toux ou, du moins, l'accompagne. Dans la *coqueluche*, la quinte se termine souvent par le rejet de mucosités épaisses projetées avec violence par la bouche et le nez, en même temps que l'estomac se vide. Dans la *tuberculose des ganglions médiastinaux*, la toux coqueluchoïde n'amène que peu de sécrétions bronchiques, par contre elle provoque le vomissement surtout après le repas.

Dans la *dilatation bronchique* consécutive à la broncho-pneumonie, l'expectoration accompagnée de vomissements a lieu le matin et porte sur une grande quantité de mucosités purulentes. Dans la *pleurésie purulente* terminée par vomique, le vomissement s'accompagne de toux, de suffocation, et évacue un liquide purulent, fétide, teinté de sang, ou couleur brun chocolat.

3° Vomissements dans les affections des voies digestives. — Dans les *affections des voies digestives*, sans parler des vomissements habituels de l'embarras gastrique, de la péritonite, de l'appendicite, de l'étranglement ou de l'obstruction intestinale, je signalerai spécialement ceux dus à l'helminthiase : tantôt il s'agit de pituites matutinales, tantôt de vomissements répétés avec nausées continuelles et phénomènes d'oppression ; dans ce dernier cas, la crise aboutit à l'expulsion d'un ou de plusieurs lombrics, plus rarement d'un tænia par la bouche.

4° Vomissements dans les affections nerveuses. — Dans les maladies du système nerveux, signalons le *vomissement de la méningite tuberculeuse*, signe du début associé à de la constipation avec rétraction du ventre, à de la céphalée, à de la raideur de la nuque ; le vomissement habituellement est facile, non nauséeux. Ce sont aussi les caractères du vomissement dans les autres affections, méningite non spécifique, tumeurs, etc.

5° Vomissements toxiques. — Dans les *vomissements toxiques*, nous rangerons sans y insister les vomissements de la *néphrite aiguë ou chronique*, de l'*urémie*, de l'*anesthésie à l'éther, au chloroforme*, des *médicaments* (antipyrine) etc.

Une mention spéciale est due au vomissement de la diphtérie

et au vomissement cyclique. Dans la convalescence de la *diphtérie*, le vomissement, quand il n'est pas dû à une indigestion, est un symptôme d'une haute valeur pronostique : il s'associe à la pâleur, l'asthénie, le ralentissement ou l'irrégularité du pouls, et doit faire craindre des accidents bulbo-cardiaques avec leurs redoutables conséquences.

6° Vomissement cyclique. — Le vomissement cyclique a été décrit par les Américains WHITNEY, GRIFFITH, en France par COMBY sous le nom de vomissement périodique et par MARFAN sous celui de vomissements avec acétonémie. Comme son nom l'indique, ce vomissement est sujet à récidive ; il éclate en pleine santé ou après quelques prodromes, nausées, faiblesse. Le vomissement se répète pendant plusieurs jours (cinq à six jours en moyenne), sans discontinuité, portant aussi bien sur les boissons que sur les aliments, et se faisant même à vide, pour évacuer des mucosités limpides, filantes, acides ; pas de diarrhée, plutôt constipation. Au bout de trois à quatre jours, l'enfant maigrit, s'affaiblit, le pouls se déprime ; la température est normale ou ne dépasse pas 38°. MARFAN a insisté sur le symptôme acétonémie qui accompagne toujours ce genre de vomissements.

La guérison se fait brusquement, les vomissements s'arrêtent, les fonctions digestives se restaurent.

Le vomissement cyclique se voit surtout chez les enfants de trois à huit ans, appartenant aux milieux aisés, de souche neuro-arthritique. On l'observe parfois chez plusieurs enfants de la même famille.

Le traitement consiste dans l'administration de glace, de lait glacé coupé d'eau, d'eau sucrée glacée. MARFAN ajoute 0,20 centigr. de magnésie répétées cinq fois par jour, et des injections de sérum en cas d'asthénie.

LIVRE V

MALADIES DE L'ABDOMEN

Nous ferons rentrer dans les maladies de l'abdomen les affections des organes contenus dans la cavité abdominale ou de leurs annexes, à l'exclusion de celles du tube digestif. Cette étude comprendra les maladies du péritoine, du foie et des organes génito-urinaires.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DU PÉRITOINE

Dans ce chapitre nous ne nous occuperons que de la péritonite dont nous distinguerons deux formes, la *péritonite simple* et la *péritonite tuberculeuse*

ARTICLE PREMIER

PÉRITONITE SIMPLE

La péritonite simple ne constitue pas une espèce bien définie de l'inflammation péritonéale : elle comprend en effet des modalités très variées dont nous excluons la forme tuberculeuse qui mérite une description spéciale.

1° Étiologie. — Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'infection du péritoine se fait :

α. Par le passage des matières septiques à travers un orifice de communication accidentel, entre le péritoine, d'une part et