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

d'autre part, les organes creux de l'abdomen : intestin, vésicule biliaire, appendice, estomac, etc. On a signalé des cas de ce genre dans la fièvre typhoïde, l'appendicite perforante ou gangréneuse, l'invagination, l'étranglement intestinal. Ils ne comportent aucune description spéciale.

β. Par la migration des germes pathogènes à travers un orifice naturel, celui de la trompe. Bien que ce mécanisme soit plus rarement en jeu chez l'enfant que chez l'adulte, il s'applique cependant aux cas de péritonite blennorragique, Loven, Huber, Caillé, qui l'a noté chez une enfant de cinq mois, Saenger, Méjia (thèse de Paris 1897). Dans la plupart des cas, la péritonite a été généralisée et on a observé de l'endométrite et de la salpingite purulentes. Cependant la guérison a été notée par Marfan et Comby. Dans tous ces cas le point de départ de l'affection a été une vulvo-vaginite.

Certaines péritonites primitives à pneumocoques relèveraient de la migration du pneumocoque par les trompes (Brun). Boulay croit que le pneumocoque peut se trouver dans l'utérus. La péritonite à pneumocoques est en effet beaucoup plus fréquente chez les filles.

γ. Par filtration des germes (Lépine) à travers une paroi intestinale altérée : c'est le groupe des péritonites dites autrefois par propagation. On les observe dans la fièvre typhoïde, l'appendicite, l'étranglement, l'invagination intestinale, la contusion de l'intestin, etc. L'exaltation de la virulence des germes, telle qu'elle est réalisée dans l'appendicite calculeuse par la formation du vase clos ne suffit pas, il faut que la paroi soit troublée dans sa circulation ou sa nutrition. Aussi la péritonite dans ces faits revêt-elle des formes très variables : tantôt l'infection est modérée, la péritonite est localisée, il se forme un abcès qui n'est autre chose qu'une péritonite enkystée, tantôt la péritonite est plus diffuse.

δ. Par la localisation d'une infection généralisée. De ce nombre sont la péritonite des nouveau-nés qui est habituellement liée à une septicémie puerpérale. Cependant Cassel a signalé deux cas de péritonite fibrineuse, sans trace de puerpérisme chez le nouveau-né.

Dans le même groupe se rangent les péritonites consécutives à la scarlatine et surtout les *péritonites primitives* qui relèvent généralement du pneumocoque. La péritonite à pneumocoques survient parfois à la suite d'une autre localisation de l'infection, pneumonie, méningite, mais elle est souvent primitive.

On a signalé sous le nom de *péritonite idiopathique* une péritonite survenant dans la seconde enfance, surtout chez les filles (Duparcque, Gauderon) et qui se développerait à la suite d'un refroidissement (ingestion de boissons glacées, ventre à découvert la nuit, etc.). Ces péritonites idiopathiques sont pour la plupart des péritonites à pneumocoques, quelques-unes relèvent d'une appendicite méconnue ou de la tuberculose. La péritonite tuberculeuse sera traitée dans un chapitre spécial.

2° Anatomie pathologique. — Les lésions sont maxima au niveau de l'organe qui a été le point de départ de l'affection (appendicite, trompe). Dans la péritonite à pneumocoques, elles prédominent au niveau du bassin. L'exsudat est rarement séro-fibrineux, généralement purulent. Le pus est séreux, grisâtre, mélangé de grumeaux (streptocoques, coli-bacilles) crémeux, verdâtre (pneumocoques). Souvent il y a des fausses membranes épaisses, grisâtres, qui couvrent une partie des organes abdominaux. L'intestin est rouge, gonflé, tomenteux. En cas de perforation, on retrouve dans l'exsudat des matières intestinales ou biliaires.

3° Symptômes. — Les symptômes varient suivant l'espèce. Dans les cas francs, comme la *péritonite à pneumocoques*, le début est violent : le malade ressent une douleur vive, atroce, qui part d'un point limité de la cavité abdominale, région iliaque, ombilic, pour s'irradier dans tout l'abdomen. La température monte rapidement à 39°5, 40° ; le ventre se ballonne, devient sensible à la pression, des vomissements apparaissent, d'abord muqueux, puis bilieux et verdâtres, porracés, se répétant fréquemment : l'enfant reste immobile, couché sur le dos, les cuisses repliées, la figure altérée, le nez pincé, le pouls petit,

rapide. Généralement, il y a de la constipation, mais parfois aussi de la diarrhée, surtout dans la péritonite à pneumocoques, les urines diminuent. Cette situation dure quelques jours et se termine par la mort ou une détente plus ou moins rapide qui rappelle la défervescence de la pneumonie.

A ce moment, il persiste dans la partie inférieure de l'abdomen un exsudat purulent qui s'accompagne des signes habituels des suppurations profondes : fièvre rémittente ou intermittente, abattement, le péritonisme proprement dit est effacé. La maladie est arrivée à un stade subaigu ; l'épanchement a une tendance à se frayer un chemin au dehors, par l'intestin, le vagin, plus habituellement par l'ombilic (Gauderon).

A côté de ces formes aiguës, il en est d'autres qui sont *foudroyantes : péritonite par perforation, péritonite septique* dans l'appendicite (Kirmisson).

Souvent aussi la *péritonite débute d'une façon insidieuse*, quand elle succède à une septicémie ou une pneumonie.

Chez le *nouveau-né* il y a souvent, outre les signes abdominaux, de l'ictère, de l'érysipèle ombilical, un œdème du scrotum avec hydrocèle purulente (communication du péritoine avec la vaginale).

Parfois enfin l'allure de la maladie est moins franche : il y des *péritonites primitives à marche subaiguë ou lente* qui rappellent la péritonite tuberculeuse.

4° Diagnostic. — On peut confondre la péritonite aiguë avec une péritonite tuberculeuse, une appendicite, une fièvre typhoïde, un étranglement intestinal. La distinction des espèces se fera d'après la recherche de la cause. Pour les péritonites primitives, celle qui relève du pneumocoque se reconnaît à son évolution particulière, à la fréquence du déplissement et de la saillie de l'ombilic.

5° Pronostic. — Le pronostic est fatal dans la forme septicémique du nouveau-né et dans la péritonite par perforation. Pour les autres cas, il dépend de l'intervention. Brun, sur 14 cas de péritonite à pneumocoques, a fait 10 laparotomies avec 10 guérisons; sur les 4 cas non opérés il n'y a eu qu'une guérison.

6° Traitement. — La péritonite peut guérir par le *traitement médical* : immobilisation du patient; immobilisation de l'intestin par l'opium et la diète; suspension des vomissements par la glace et les autres moyens usités; traitement local de l'inflammation par les applications froides, la vessie de glace, les résolutifs, les onctions avec la pommade mercurielle, les révulsifs (vésicatoires). On a signalé des cas de guérison assez nombreux par ce traitement. En réalité, ce sont les formes peu infectantes qui guérissent. La mort arrive en général à la fin du premier septénaire. Si la péritonite dépasse huit à dix jours c'est qu'elle est relativement bénigne. Elle évolue alors comme un abcès qui s'ouvre généralement à l'ombilic au bout de trois à quatre semaines. Encore a-t-on à redouter pendant cette période et après l'établissement de la fistule ombilicale, des poussées ou des infections nouvelles. Aussi lorsqu'une péritonite est aiguë, qu'elle s'accompagne d'épanchement purulent, donne-t-on plus de chances au malade par la laparotomie précoce et le drainage de l'abdomen que par l'expectation. A plus forte raison, doit-on intervenir rapidement en cas de perforation.

ARTICLE II

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

La péritonite tuberculeuse comprend l'ensemble des réactions inflammatoires ou dégénératives du péritoine sous l'influence du bacille de Koch.

1° Étiologie. — La péritonite tuberculeuse est une affection de la seconde enfance. Elle se montre chez les enfants débiles, mal nourris, sujets aux troubles digestifs, mais aussi chez des enfants de bonne apparence.

Dans les premières années de la vie, la tuberculose se localise volontiers dans les ganglions lymphatiques, ainsi qu'en témoigne la fréquence de l'adénopathie trachéo-bronchiques et des adénopathies superficielles. Dans la seconde enfance, elle s'atta-

que plus volontiers aux séreuses, et la péritonite représente parmi celles-ci son lieu de prédilection.

Dans quelques cas, la péritonite spécifique représente la localisation prédominante d'une *tuberculose miliaire*. Le plus souvent, elle n'est que l'expression d'une *tuberculose locale* et l'atteinte du péritoine est due à une véritable filtration du bacille de Koch à travers les parois intestinales. Dans nombre de cas cependant, il y a des ulcérations intestinales qui servent de point de départ à cette émigration. Parfois une adénopathie mésentérique, une lymphite tuberculeuses seront les seules lésions auxquelles on puisse rapporter la péritonite. Mais elle peut se montrer sans ulcération intestinale, avec des altérations peu marquées du système lymphatique intestinal et dans ce cas, il faut bien admettre, comme pour l'adénopathie tuberculeuse trachéo-bronchique sans tubercules pulmonaires le passage du bacille de Koch à travers des parois intestinales intactes.

A la fin de l'enfance, les lésions tuberculeuses utéro-ovariques expliquent un certain nombre de péritonites.

2° Anatomie pathologique. — On peut distinguer une péritonite *aiguë*, *chronique* et *localisée*.

A. Péritonite aigue. — La péritonite aiguë est le plus souvent liée à la granulie, mais elle compte aussi des cas dans lesquels une poussée aiguë de tuberculose évolue dans le péritoine, et si elle n'a pas tué en quelques semaines, passe par la forme ulcéreuse (Boulland, Th. Paris 1885).

B. Péritonite chronique. — La péritonite chronique tuberculeuse se présente sous trois aspects différents qui rappellent assez exactement l'hydarthrose, la tumeur blanche, l'ankylose fibreuse d'une jointure, ce sont les formes ascitique, fibro-caséuse, fibreuse.

a. *Dans la forme ascitique*, l'épanchement est constitué par une sérosité claire, citrine, rarement sanguinolente ou séro-purulente. L'inflammation est peu accusée sur la séreuse, les fausses membranes sont en petit nombre. La tuberculose est

représentée tantôt par des granulations miliaires discrètes, tantôt par des tubercules fibreux. Parfois même la lésion spécifique tuberculeuse est difficile à trouver. On considérait ces cas comme liés à une *péritonite chronique simple* (Henoch), à l'*ascite essentielle* des *jeunes filles* (Cruveilhier). Les recherches modernes que nous mentionnerons à propos du diagnostic ont permis de les rattacher définitivement à la tuberculose.

b. *Dans la forme fibro-caséeuse*, il y a généralement des adhérences qui réunissent d'une part la paroi abdominale et l'épiploon, d'autre part la masse intestinale, dont les différentes anses sont soudées entre elles. A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur des masses fibrino-caséeuses épaisses, grises ou lardacées, qui recouvrent le paquet intestinal. On est obligé, pour découvrir celui-ci, d'arracher ces membranes. Par places, on découvre des loges remplies de magma caséeux, de pus ou de sérosité claire circonscrits par les fausses membranes. On trouve des tubercules, des infiltrations caséeuses, des exsudats fibrineux. On en observe également sur la séreuse au niveau de l'intestin, du foie, de la rate, dans le tissu sous-séreux. Il s'agit en somme d'un processus tuberculeux qui a suscité sur la séreuse une réaction d'inflammation exsudative. Les exsudats fibrineux sont eux-mêmes envahis par les tubercules et voués à la caséification. La tuberculose à tendance caséeuse peut ulcérer des anses intestinales et amener une perforation suivie d'un abcès stercoral; ou bien, elle fait communiquer deux anses intestinales; ou bien enfin, elle produit des abcès pariétaux qui s'ouvrent au point le moins résistant, l'ombilic (Gauderon). La forme caséeuse peut être limitée et figurer des plaques épaisses dans une région circonscrite, simulant ainsi la présence d'une tumeur autour du cæcum (Le Bayon), du foie (Lannelongue), de l'épiploon.

c. *La forme fibreuse* succède souvent à la forme ascitique, mais elle peut être primitive comme les pleurésies sèches des tuberculeux. Dans ce cas, on trouve des adhérences fibreuses, avec tubercules scléreux, sans caséification. A son plus haut degré de développement, elle constitue une véritable symphyse.

d. *Lésions associées*. — Il y a coexistence fréquente de granulations disséminées, dans la plèvre, les poumons, lorsqu'il s'agit

de granulie péritonéale. Dans la forme caséeuse, on observe les lésions de la phtisie pulmonaire ou intestinale, la dégénérescence graisseuse du foie, les adénopathies mésentériques caséeuses. Ces associations qui sont d'un grand intérêt au point de vue de l'intervention, ne sont pas fréquentes. La péritonite tuberculeuse est le type des tuberculoses médicales locales. Tout se borne généralement à un peu de pleurite des bases, à des adhérences du poumon au diaphragme, reproduisant celles qui existent sur l'autre face avec le foie, à la tuberculisation de quelques ganglions trachéo-bronchiques ou mésentériques. Ces associations sont encore moins fréquentes dans la forme ascitique.

C. Péritonite localisée. — La péritonite tuberculeuse se présente parfois sous une forme très localisée. Cela est rare chez l'enfant. On observe néanmoins des prédominances de la lésion autour du foie, de la rate, d'une portion limitée de l'intestin, telle que le cæcum, l'appendice, l'S iliaque. Tantôt elle se présente sous la forme d'une nappe fibro-caséeuse, tantôt sous celle d'une masse formant tumeur, tantôt sous celle d'une épaisse couche fibreuse, qui rappelle les périviscérites. Dans ces conditions, l'organe sous-jacent est souvent indemne. J'ai exposé cette modalité de la tuberculose dans le traité de Grancher-Comby, à l'article symphyse cardiaque. Les formes localisées de la tuberculose péritonéale créent souvent des confusions cliniques.

3° Symptômes. — Nous ne parlerons pas de la péritonite associée à la granulie.

Le début de la péritonite chronique tuberculeuse est insidieux. L'enfant se plaint de coliques fréquentes, a des alternatives de diarrhée et de constipation, maigrit, accuse quelques mouvements fébriles, en même temps que son ventre se tuméfie. Parfois cependant le début est brusque, et simule l'appendicite ou l'étranglement intestinal. Ce fait a été vérifié dans plusieurs interventions par des chirurgiens contemporains.

a. *Dans la forme ascitique,* l'augmentation de l'abdomen se fait rapidement en quelques jours ou progressivement en quelques semaines. La région sus-ombilicale refoulée par l'intestin se développe la première. Elle est sonore, tandis que les parties déclives sont mates. Le liquide est mobile, parfois il ne se déplace pas en raison des adhérences qui le retiennent. Le réseau veineux abdominal devient turgide. L'exploration des parties profondes est peu aisée. L'état général est bon, la fièvre peu marquée, irrégulière. Les troubles fonctionnels se réduisent à des douleurs abdominales et à de la gêne mécanique.

b. *Dans la forme fibro-caséeuse (phtisie abdominale),* la palpation révèle outre l'augmentation de volume de l'abdomen, une rénitence générale avec des indurations partielles. On sent à côté de parties souples d'autre points résistants et donnant l'impression de tumeurs aplaties, parfois fluctuantes.

La percussion donne une alternance de zones mates et sonores (matité en damier). La pression est douloureuse.

L'état général se ressent de la gravité plus grande des lésions. Il y a de la fièvre à type irrégulier, généralement rémittente ou intermittente. L'enfant est faible, maigrit, a des sueurs nocturnes. Les troubles digestifs sont prononcés.

La diarrhée alterne avec la constipation. Il y a des vomissements et surtout au moment des exacerbations inflammatoires. Le foie est volumineux.

La lientérie se montre quand deux anses intestinales appartenant à deux segments éloignés de l'intestin, communiquent. Lorsqu'une collection purulente se vide dans l'intestin, il y a après un redoublement de coliques et douleurs une selle purulente copieuse, suivie de sédation. L'évacuation, ordinairement intermittente du foyer purulent, rappelle dans sa marche les vomiques pleurales.

La perforation ombilicale est précédée d'induration, de rougeur et de douleur au niveau de l'ombilic qui présente bientôt une saillie conique avec peau amincie. L'ouverture se fait et il s'échappe un pus fétide qui se renouvelle incessamment.

c. *La forme fibreuse* se traduit par des phénomènes purement locaux. Elle succède généralement à la forme ascitique, mais se montre aussi d'emblée. Il n'y a ni liquide, ni tuméfaction localisée.

L'abdomen est un peu distendu par les anses intestinales, et l'enfant accuse des douleurs pendant la période digestive. On perçoit à la main une crépitation neigeuse due au frottement des surfaces rugueuses et à l'oreille des bruits aigus (cris intestinaux) dus au passage des gaz et des liquides d'un anse intestinale dans l'autre.

La constipation est habituelle et aboutit parfois à l'obstruction. C'est dans cette forme qu'on rencontre aussi l'étranglement.

L'état général est bon. Il n'y a plus ni fièvre, ni tendance à la cachexie. De temps à autre, poussées aiguës.

J'ai pu dans un cas faire le diagnostic d'une symphyse totale du péritoine, vérifiée à l'autopsie, en me basant sur l'absence d'ascite coïncidant avec des signes de compression de la veine porte et des voies biliaires (ictère, développement de la circulation veineuse abdominale) (Voir Jude, de la symphyse généralisée du péritoine, thèse de Lyon, 1901).

d. Enfin, on peut rencontrer dans la seconde enfance comme chez l'adolescent, une *association de la péritonite à la pleurésie*. C'est la *tuberculose des séreuses* de Vierordt. Le début est lent, le sujet maigrit, a des sueurs, de la fièvre, l'abdomen gonfle, est douloureux, la pleurésie est latente, doit être recherchée. Pendant un à deux mois, il y a de la fièvre rémittente, des alternatives de diarrhée et de constipation, puis les épanchements se résorbent, la guérison a lieu. Mais parfois c'est une granulie ou une méningite qui termine l'évolution de la maladie.

4° Marche, durée, terminaisons, pronostic. — D'après Pic, la mortalité est de 17 p. 100 dans la forme fibreuse, 19 p. 100 dans la forme ascitique, 66 p. 100 dans la forme fibro-caséeuse.

La tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë, dure un ou deux mois, laissant derrière elle des adhérences plus ou moins étendues.

La forme ascitique se résout en quelques semaines ou quelques mois. La forme fibreuse, qui en est parfois la conséquence, est souvent le point de départ de troubles digestifs, dyspepsie, constipation, ou d'accidents plus graves, rétrécissement intestinal, étranglement, compression de la veine porte, des voies biliaires.

Toute péritonite tuberculeuse peut être troublée dans sa marche par des paroxysmes, des poussées aiguës ou subaiguës.

On doit distinguer soigneusement, au point de vue du pronostic et du traitement, les tuberculoses locales du péritoine et les péritonites tuberculeuses associées à d'autres lésions, et parmi ces dernières, les lésions viscérales ou non viscérales. La coexistence avec une tuberculose chirurgicale, ganglionnaire ou séreuse n'implique pas une grande virulence du germe pathogène; des ulcérations de l'intestin ou des lésions pulmonaires entraînent au contraire un pronostic grave.

5° Diagnostic. — La *forme subaiguë* rappelle au début une fièvre typhoïde ou un embarras gastrique fébrile. Elle est jugée par l'apparition des phénomènes locaux. (Voy. Guillemare, th. de Paris, 1898.)

La forme *ascitique lente* peut être confondue avec la *péritonite chronique simple* (Henoch), la *cirrhose du foie*, surtout si cet organe est atteint de dégénérescence graisseuse, une *affection cardiaque*. L'ascite peut coexister avec le *développement des ganglions mésentériques* sans péritonite. La *symphyse tuberculeuse du péricarde* détermine un syndrome qui rappelle absolument la péritonite tuberculeuse[1]. La règle est, en cas d'ascite chez l'enfant, de diagnostiquer la péritonite tuberculeuse. En cas de doute, on inocule quelques centimètres cubes du liquide à un cobaye. Celui-ci ne se tuberculise pas s'il s'agit d'une cirrhose du foie ou d'une symphyse tuberculeuse primitive du péricarde.

Le cyto-diagnostic (Tuffier et Milian, Durante) a établi la présence exclusive ou prédominante de mononucléaires dans le liquide de l'ascite par péritonite tuberculeuse.

La *forme caséeuse* étendue n'offre pas de difficultés diagnostiques. On peut la confondre avec les *dégénérescences sarcoma-*

[1] Weill, *Traité des maladies du cœur chez les enfants.*

teuses des ganglions mésentériques qui forment alors de grosses masses diffuses. Limitée, elle simule une *tumeur du rein*, de la *rate*.

La *forme fibreuse* se reconnaît à l'évolution (ascite antérieure), à la rénitence générale de l'abdomen qui est globuleux et comme formé d'une seule masse. On l'a confondue avec le *carreau*, à cause du développement simultané des ganglions mésentériques. Lorsque l'intestin est distendu, il rappelle parfois le *ventre rachitique* ou la *dilatation de l'estomac*.

Les formes à début brusque peuvent simuler l'appendicite (Sotty, th. de Lyon, 1901) ou l'étranglement intestinal. La distinction d'avec l'appendicite n'est souvent faite qu'après l'intervention.

6° Traitement. — Le traitement médical doit être employé au début de toute péritonite tuberculeuse. On voit, en effet, dans quelques cas, disparaître spontanément ou sous l'influence d'une médication non sanglante, de véritables tumeurs tuberculeuses. L'exsudat ascitique semble à l'instar de l'épanchement pleurétique, être considéré de plus en plus, comme un moyen de défense contre l'infection tuberculeuse. Il ne faut donc pas se hâter de l'évacuer. — La forme fibro-caséeuse elle-même ne laisse pas de donner des guérisons, sans intervention chirurgicale. Il se produit en ce moment, une véritable réaction contre la tendance opératoire trop marquée de la fin du XIXe siècle.

En fait, la tuberculose locale du péritoine a une tendance naturelle à la guérison, et les travaux de Borchgrevink (*Cblt. f. chir.* 1901), ont montré que l'étude histologique du péritoine excisé au cours de la laparotomie faisait prévoir le succès ou l'échec de cette dernière par l'évolution des lésions constatées.

Le traitement médical est surtout hygiénique. L'enfant doit être exposé au grand air, soit à une altitude de 1 200 mètres à 1 500 mètres, soit au bord de la mer, soit simplement à la campagne ; l'alimentation sera celle des tuberculeux, en tenant compte des troubles fonctionnels possibles du côté du tube digestif : jus de viande, viande crue, œufs, etc... De même, on

utilisera les toniques habituels : huile de foie de morue, préparations phosphatées et surtout arsenicales.

Localement, on prescrira le repos au lit ou sur une chaise longue, avec immobilisation aussi complète que possible de l'abdomen, au moyen d'une couche de collodion riciné ou d'un bandage de corps faisant compression. On peut associer au repos la révulsion sous toute ses formes : badigeonnages à la teinture d'iode, pointes de feu, vésicatoires volants, etc.

Ce n'est que lorsque le traitement médical appliqué pendant un temps suffisamment long, (deux à trois mois) aura montré son impuissance, qu'on aura recours à l'intervention sanglante, laparotomie simple, ou suivie de toilette du péritoine, de lavages, d'insufflation de poudres.

On n'hésitera pas à la pratiquer si l'enfant maigrit, si les masses fibro-caséeuses persistent ou augmentent, si les symptômes généraux, fièvre, et les troubles fonctionnels, douleurs, dyspepsie gastro-intestinale, ne cèdent pas. Elle sera donc beaucoup plus indiquée dans les formes fibro-caséeuses que dans les formes ascitiques. Les comparaisons faites dans les statistiques récentes entre la laparotomie et le traitement médical ne sont pas à l'avantage de la première[1]. Cependant les chirurgiens citent des cas, en apparence désespérés, où la laparotomie a fait merveille. Il convient donc, même dans les conditions les plus graves, de ne pas négliger l'intervention chirurgicale. Celle-ci sera naturellement indiquée dans les formes anormales, péritonite à forme appendiculaire, étranglement intestinal.

On a tenté de remplacer le traitement médical par la ponction simple ou suivie d'injection d'air stérilisé, d'oxygène, de naphtol camphré.

La ponction peut convenir pour réduire le volume excessif d'une ascite; quant aux autres procédés qui en dérivent, on les abandonne de plus en plus.

[1] Voy. *Revue générale in arch. de méd. inf.*, 1902.