empruntons à Pontou un résumé des observations qu'il a recueillies.

Le *début* de la maladie est en général difficile à préciser. Le kyste reste quelquefois latent pendant des mois et même des années ou ne se révèle que de temps à autre par quelques douleurs sourdes dans l'hypocondre droit ou plus rarement par de l'ictère, de la fièvre et des douleurs aiguës qui se dissipent rapidement. Il ne détermine guère de troubles locaux ou généraux qu'à un moment où, par son volume, il est déjà devenu accessible à l'exploration.

La tumeur occupe habituellement le lobe droit du foie et siège plus souvent à la face convexe de l'organe qu'à la face concave. Les symptômes observés dans ces deux cas sont assez différents. Les kystes de la *face convexe* ne s'accompagnent que de quelques troubles respiratoires, qui se bornent en général à un léger essoufflement ; dans quelques cas, on peut observer une toux sèche et fréquente, une oppression marquée et des palpitations. Les kystes de la *face concave* déterminent souvent les accidents dus à la compression des canaux biliaires, de la veine porte, de la veine cave, du tube digestif, etc. Ainsi Pontou a noté dans les cas qu'il a observés un ictère intense, des symptômes d'embarras gastrique, le développement des veines sous-cutanées au niveau de l'hypocondre droit, parfois même de l'ascite. D'autres fois, le kyste, après une période latente assez longue, détermine de l'amaigrissement et une coloration blanc mat de la peau et des muqueuses ; des épistaxis répétées augmentent l'anémie et la faiblesse.

Les signes physiques auxquels on peut reconnaître la présence des kystes hydatiques sont en général plus faciles à percevoir chez l'enfant que chez l'adulte. Grâce à la laxité des côtes, ces kystes se révèlent souvent par une tumeur saillante à l'hypocondre; la minceur des parois abdominales rend plus aisée la palpation de cette tumeur et la perception du frémissement hydatique. Ce dernier signe a été constaté dans six cas sur vingt (Pontou).

Les kystes hydatiques du foie, abandonnés à eux-mêmes, entraînent tôt ou tard la mort; le seul cas de guérison spontanée que nous avons trouvé mentionné chez les enfants est celui de Bohn, relatif à un garçon de huit ans, chez lequel le kyste s'était vidé dans l'*intestin*. Habituellement, ce mode de terminaison n'est pas favorable ; il entraîne une diarrhée incoercible qui épuise le malade. Le kyste peut se rompre dans le péritoine et déterminer la mort par péritonite suraiguë (obs. de Lassus et De la Porte), ou bien s'ouvrir dans la cavité pleurale, dans les bronches, etc., comme chez l'adulte. Goetz (1) a constaté à l'autopsie d'une petite fille de douze ans une propagation des échinocoques dans la cavité péritonéale qui était remplie d'un nombre considérable de tumeurs kystiques; la compression déterminée par

(1) C. Goetz, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1881, XVII, p. 223.

ces tumeurs avait déterminé une oblitération de la veine cave inférieure et une pyélonéphrite.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la maladie est facile, quand le kyste est assez considérable pour être accessible à l'exploration. On ne pourra alors le confondre ni avec l'*hypertrophie hépatique* des maladies du cœur, ni avec le *foie gras* qui dépasse parfois les fausses côtes chez les enfants tuberculeux ou atteints d'entérite chronique. Les *kystes congénitaux* de l'épiploon pourraient en imposer pour des kystes du foie, quand ils ont contracté des adhérences avec cet organe, comme Gerhardt en a vu quelques exemples; la ponction, qui n'est pas sans danger (Voir p. 732), lèvera tous les doutes ; un liquide clair comme du cristal de roche, non albumineux, faiblement minéralisé, est pathognomonique pour les kystes hydatiques non suppurés, lors même qu'il ne renfermerait pas de crochets d'échinocoques.

Quand le kyste proémine du côté du thorax ou communique avec la plèvre, il est pris presque toujours pour une *pleurésie purulente*. Le diagnostic n'est possible que si le kyste se vide par les bronches, et, même alors, la présence d'hydatides dans les crachats n'est pas toujours le signe d'un kyste du foie. Roger (1) a observé chez les enfants deux cas d'*hydatides du poumon et de la plèvre*, qui paraissaient s'y être développées primitivement; le foie semblait indemne dans les deux cas, et les symptômes rappelaient ceux de la pleurésie purulente ou de la phtisie pulmonaire ; le premier malade, garçon de huit ans, se rétablit rapidement après deux vomiques de pus mélangé à des hydatides ; la seconde, jeune fille de quinze ans, succomba à l'hecticité.

TRAITEMENT. — Le traitement des kystes hydatiques réclame toujours à un certain moment l'intervention chirurgicale. L'expérience a montré qu'il faut agir dès que la tumeur est accessible au trocart et ne pas attendre que la rupture devienne imminente. Dans les deux cas que nous avons observés, la ponction suivie de l'aspiration avec l'appareil Potain s'est faite sans accident et a déterminé une guérison rapide. Murchison (2), qui a été le promoteur des ponctions simples, a obtenu 17 guérisons sur 20 opérations; il recommande d'employer un trocart capillaire et de maintenir le malade dans un état d'immobilité absolue durant les deux jours consécutifs à l'opération. Dieulafoy (3), qui préconise depuis 1870 la ponction simple et l'aspiration du liquide avec son aspirateur, fait à ce sujet les recommandations suivantes : 1° faire la ponction aspira-

(1) Roger, *Gaz. hebd.*, 1861, p. 677.
(2) Murchison, *Arch. gén. de méd.*, 1867, II, p. 127.
(3) Dieulafoy, *Acad. de méd.*, 30 mai 1899.

trice aseptiquement avec l'aiguille n° 2, si le kyste n'est ni trop ancien, ni trop volumineux et s'il n'y a ni fièvre, ni douleur locale ; 2° évacuer le liquide en totalité ; ce sont les ponctions exploratrices partielles qui peuvent produire une intoxication parfois mortelle par suintement dans le péritoine du liquide sous pression par l'orifice de la ponction.

Baccelli se contente de retirer 30 centimètres cubes de liquide et de les remplacer par 20 centimètres cubes d'une solution de sublimé à 1 pour 1000 ; Bokaï (1), qui a employé le procédé de Baccelli chez trois enfants, a vu disparaître la tumeur au bout de quelques semaines. Quant aux injections de naphtol camphré proposées par Chauffard, elles ne doivent pas être employées chez les enfants, car elles peuvent déterminer des phénomènes d'intoxication.

Le traitement opératoire proprement dit à été appliqué d'emblée chez les enfants aux kystes hydatiques du foie avec des résultats variables. L'opération se fait tantôt en un temps (Lindmann), tantôt en deux temps (Volkmann), en faisant une première incision jusqu'au foie, et n'ouvrant la poche que lorsque des adhérences ont uni les deux feuillets du péritoine. Nous renvoyons pour les détails de l'intervention aux traités de chirurgie.

CHAPITRE XXIV

PÉRITONITE AIGUË

ÉTIOLOGIE. — La péritonite aiguë est le plus souvent une affection secondaire. Elle peut se montrer chez les nouveau-nés comme manifestation de l'infection puerpérale (Voir *Maladies des nouveau-nés*). Dans la seconde enfance, elle a été observée comme complication de la *scarlatine*, tantôt pendant l'éruption, tantôt pendant la desquamation ; elle peut être alors précédée d'une ascite (Rilliet et Barthez). Elle peut aussi compliquer la fièvre typhoïde, même sans qu'il existe de perforation (R. Pott) ; on l'a observée dans quelques cas à la suite de la *vulvo-vaginite* des petites filles. Les *traumatismes* (coups ou chutes sur le ventre, plaies abdominales, etc.) en sont une cause fréquente ; Curling a observé chez un garçon de deux ans une péritonite généralisée à la suite d'une contusion du testicule retenu à l'anneau. On l'a signalée aussi chez l'enfant comme complication du *cancer du rein*. L'origine la plus habituelle des péritonites secondaires, chez l'enfant comme chez l'adulte, est la *perforation de l'intestin* ou l'ouverture d'un abcès dans le péritoine, de là la fréquence de la

(1) Bokaï, *Arch. für Kinderheilk* 1897, XXIII, p. 310.

péritonite à la suite de l'invagination avec gangrène intestinale et de l'appendicite perforatrice. Rilliet et Barthez ont trouvé, à l'autopsie d'une jeune fille de douze ans, une péritonite circonscrite à la face inférieure du foie, qui avait été causée par une perforation de la vésicule biliaire. Ces péritonites secondaires ne présentent dans leur symptomatologie rien qui soit spécial à l'enfance.

Il n'en est pas de même de la péritonite dite *idiopathique*, rare chez l'adulte, et qui a été plus souvent observée dans la seconde enfance. Duparcque (1) a signalé dès 1827 et décrit en 1842, sous le nom de péritonite essentielle des jeunes filles, une forme de péritonite primitive qu'il a observée chez de jeunes filles, mais qui peut se rencontrer aussi dans l'autre sexe, comme on peut le voir par le travail de Gauderon (2), consacré à la même affection, et qui en rapporte 25 observations relatives à des enfants de cinq à douze ans dont 15 filles et 10 garçons. Gauderon attribue principalement cette maladie au refroidissement et aux exercices immodérés. Legrand signale, parmi les causes de la péritonite idiopathique, l'usage de boissons glacées et le décubitus à plat ventre sur la terre humide. Les recherches récentes de Cassaet (3), de Brun (4), de Comby (5), d'Hagenbach-Burkhardt (6), etc., ont démontré que cette affection est due à l'infection pneumococcique et établissent également sa plus grande fréquence chez les petites filles. C'est à cette variété de péritonite, plus particulière à l'enfance, que sera principalement consacré ce chapitre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions des péritonites secondaires sont les mêmes que chez l'adulte ; lorsque la maladie succède à une perforation de l'intestin, les altérations sont généralement plus marquées au voisinage de celle-ci. Nous avons décrit plus haut (p. 674) celles de la péritonite appendiculaire localisée ou généralisée. L'infection péritonéale peut être due au streptocoque, au staphylocoque, au bacille d'Eberth ; le microbe le plus habituellement rencontré est le colibacille ; quand la maladie est d'origine blennorragique, on a constaté la présence du gonocoque.

Dans les cas de péritonite à pneumocoques, c'est ce microbe qu'on rencontre en abondance dans le pus ; celui-ci est en général crémeux, verdâtre, inodore et mêlé de fausses membranes. Il est souvent répandu dans toute la séreuse péritonéale ; la maladie se localise cependant volontiers à la partie inférieure de la cavité abdominale, et, grâce à l'abondance des fausses membranes, forme parfois des collections enkystées.

(1) Duparcque, *Ann. d'obstét.*, 1842, I, p. 241.
(2) Gauderon, *Thèse de Paris*, 1876.
(3) Cassaet, *Arch. chir. de Bordeaux*, mars, avril et mai 1896.
(4) Brun, *Presse méd.*, 18 janv. 1896 et 27 févr. 1897.
(5) Comby, *Traité des mal. de l'enf.*, 1897, III, p. 442.
(6) Hagenbach-Burkhardt, *Correspondenzblatt. für Schweizer Aerzte*, 1898, p. 577.