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.

DESCRIPTION. — La **péritonite idiopathique** ou **à pneumocoques** coïncide parfois avec d'autres manifestations de l'infection pneumococcique; c'est ainsi que Netter (1) l'a rencontrée chez un nouveau-né en même temps qu'une méningite à pneumocoques; dans un cas de Goriatschkine (2), elle accompagnait une pneumonie chez un garçon de dix ans, et dans un de ceux d'Hagenbach-Burkhardt, relatif à une petite fille de deux ans et demi, elle se compliqua d'abcès à pneumocoques dans les membres; l'un de ces abcès, situé à la cuisse, communiquait sous le ligament de Poupart avec la cavité péritonéale enflammée. Le plus souvent, la maladie est primitive et reste limitée au péritoine.

Elle débute dans ce cas brusquement par une fièvre vive qui atteint 39 à 40° et par une douleur intense et limitée au début à un des flancs, à l'hypogastre ou au voisinage de l'ombilic. Cette douleur ne tarde pas à se généraliser à tout l'abdomen; l'enfant reste alors immobile dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies sur le ventre; l'abdomen se ballonne; on observe en même temps des vomissements alimentaires ou bilieux et souvent de la diarrhée. Si cet état persiste au delà de quelques jours, on voit apparaître du délire, de la stupeur, et la mort peut survenir du cinquième au neuvième jour, exceptionnellement dès le deuxième ou le troisième jour (Duparcque, Rilliet et Barthez).

Souvent, au contraire, la douleur s'atténue assez rapidement, les vomissements deviennent moins fréquents ou s'interrompent pendant quelques jours pour reparaître au moment où s'établit la suppuration; le ventre reste ballonné et la diarrhée persiste. Au bout d'une semaine environ la fièvre cesse, mais le ventre reste tuméfié, l'enfant très amaigri tombe dans un état cachectique et on peut parfois le croire atteint d'une péritonite tuberculeuse. On constate dans la cavité abdominale la présence d'un épanchement qui peut être généralisé et assez abondant pour donner la sensation de flot; souvent, cependant, il reste limité à la région hypogastrique, et ne se déplace pas, étant enkysté par les fausses membranes.

Si l'on n'intervient pas, et que la vie se prolonge, on voit quelquefois la maladie se terminer spontanément par résorption; mais plus souvent, après une durée de trois à six semaines au plus, le pus vient former à l'ombilic une saillie fluctuante et est évacué en dehors à la suite de l'ouverture spontanée ou artificielle de celle-ci. Pochon (3) rapporte un cas de péritonite à pneumocoque relatif à une petite fille de deux ans et demi, chez laquelle la maladie avait débuté par une pneumonie; la complication péritonéale qui avait passé inaperçue

(1) Netter, *Soc. de biol.*, 26 juill. 1890.
(2) Goriatschkine, *Soc. de chir. de Moscou*, 1894, in Degos, *Thèse de Bordeaux*, 1895, p. 59.
(3) Pochon, *La médecine infantile*, 1895, p. 335.

se révéla par une évacuation considérable de pus par l'ombilic, qui fut suivie d'une évacuation par le vagin; l'enfant guérit. Le pus évacué est en général séro-purulent ou crémeux, et ne présente ni odeur fécale ni odeur septique, comme celui de la péritonite par perforation.

Cette terminaison par issue spontanée du pus par l'ombilic est actuellement rare, car elle est le plus souvent prévenue par l'intervention chirurgicale, mais elle a été observée dans 8 cas sur 25 par Gauderon. Cet auteur explique cette terminaison spéciale à l'enfance par ce que, grâce à l'absence du *fascia ombilicalis* à cet âge, l'ombilic est chez l'enfant le point le moins résistant de la paroi abdominale. L'évacuation du pus est généralement suivie d'une amélioration notable dans l'état général. Le ventre reprend peu à peu sa souplesse et son volume normal. Il se forme une fistule ombilicale qui se ferme quelquefois assez rapidement (huit jours à un mois), mais qui peut persister aussi pendant plusieurs mois, bien que l'enfant soit à peu près rétabli. Sur 10 cas de péritonite purulente avec issue du pus par l'ombilic, Gauderon compte 8 guérisons et 2 morts. Dans un cas de Brun, relatif à une enfant de trois ans qui présentait une fistule purulente de l'ombilic, la mort survint après une laparotomie tardive, à la suite d'une pleuro-pneumonie à pneumocoques.

La **péritonite par perforation** évolue chez l'enfant plus rapidement encore que chez l'adulte; nous en avons mentionné les principaux symptômes à propos de l'appendicite (p. 677). Lorsqu'elle est généralisée, la guérison sans intervention chirurgicale est tout à fait exceptionnelle. Quand elle est localisée, elle peut se terminer favorablement.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la péritonite aiguë est ordinairement très simple; il ne présente de difficultés que dans les cas suivants.

Une péritonite suraiguë, comme celle qui succède à une perforation, peut être prise pour un *étranglement interne*, surtout si elle s'accompagne d'une constipation opiniâtre par paralysie de l'intestin. L'erreur a été commise par des praticiens distingués; cependant, le plus souvent, si l'on a affaire à une péritonite, l'élévation considérable de la température, les vomissements porracés et la douleur généralisée à tout le ventre lèveront bientôt les doutes.

L'*appendicite* peut être confondue avec la péritonite; elle s'en distingue néanmoins par la localisation de la douleur à la fosse iliaque droite, par une tuméfaction ou un empâtement de cette région, parfois par la rétraction de la cuisse et toujours par une fièvre moins intense et des vomissements moins persistants.

Le *phlegmon sous-péritonéal* est beaucoup plus rare chez l'enfant que la péritonite idiopathique suppurée; il se distingue de celle-ci

parce qu'il siège dans les parois abdominales où il forme un épais plastron, parce que l'évacuation du pus se fait toujours ailleurs que par l'ombilic, enfin par l'absence de signes caractéristiques de la péritonite, tels que les vomissements, le tympanisme, la douleur généralisée, le facies grippé (Gauderon).

Les symptômes de la péritonite à pneumocoque peuvent être quelquefois masqués au début par d'autres manifestations de l'infection pneumococcique, ou bien, si la maladie s'accompagne de diarrhée, on peut songer à une fièvre typhoïde. L'apparition de l'épanchement permettra en général de faire le diagnostic. Si la tuméfaction du ventre succède à une péritonite dont le début est resté latent, on pourra croire à une péritonite tuberculeuse. L'enkystement de l'épanchement et sa localisation sous-ombilicale feront présumer la nature pneumococcique de la maladie, qui pourra être vérifiée bactériologiquement, lors de l'évacuation artificielle ou spontanée du liquide.

PRONOSTIC. — La péritonite généralisée par perforation est presque toujours mortelle. La maladie est au contraire d'un pronostic relativement plus favorable chez l'enfant que chez l'adulte, quand elle est essentielle et primitive; sur 14 cas de péritonite à pneumocoque, Brun compte 3 décès et 11 guérisons, dont une spontanée et 10 à la suite de la laparotomie. Dans les cas de péritonite idiopathique infantile recueillis par Gauderon, à une époque où on ne pratiquait pas encore cette opération, il y a eu 13 guérisons et 12 morts.

TRAITEMENT. — La péritonite primitive réclame un traitement énergique. Dès le début, on appliquera sur le ventre un nombre de *sangsues* proportionné à l'âge de l'enfant et une vessie de glace; l'*opium* et le *calomel* seront administrés alternativement toutes les deux heures à doses fractionnées. Si le second jour la douleur abdominale n'a pas diminué, on couvrira le ventre d'une couche d'onguent mercuriel. Il faut s'abstenir de purgatifs, dans la crainte d'une perforation de l'intestin.

Dans les cas où l'épanchement est très abondant et vient faire saillie à l'ombilic, on donnera au pus une issue rapide. L'incision, faite avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, suivie de l'introduction d'un gros drain, a été pratiquée en pareil cas. Bossart (1), qui l'a employée chez une petite fille de quatre ans atteinte de péritonite suppurée idiopathique, a obtenu une prompte guérison, mais, même dans les cas de péritonite à pneumocoque, une *laparotomie précoce* paraît être le meilleur moyen de conjurer les

(1) Bossart, *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1885, p. 490.

accidents, et, comme nous l'avons dit plus haut, a donné de nombreux succès.

Dans la péritonite par perforation, il faut agir promptement, malgré le peu de chances de succès, immobiliser l'intestin par des doses massives d'*opium*, faire observer une diète absolue, appliquer de la glace sur le ventre en permanence, combattre le collapsus et les vomissements par du vin de Champagne frappé. La laparotomie, qui a été suivie dans quelques cas rares d'un résultat favorable, pourra être tentée.

CHAPITRE XXV

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

La péritonite tuberculeuse peut être *aiguë* ou *chronique*; la première forme n'est qu'une des manifestations de la phtisie aiguë ; la péritonite chronique, au contraire, a une physionomie particulière ; c'est elle que nous avons surtout en vue dans ce chapitre.

ÉTIOLOGIE. — La péritonite tuberculeuse est relativement fréquente dans l'enfance ; Rilliet et Barthez en ont recueilli 86 observations. Steiner, sur 800 enfants tuberculeux, a observé 92 fois une tuberculose du péritoine, avec ou sans inflammation concomitante.

Cette affection survient sous l'influence des mêmes causes que les autres formes de la tuberculose (Voir *Tuberculose*, p. 365), mais elle s'observe rarement avant l'âge de six ans; c'est de huit à onze qu'elle atteint sa plus grande fréquence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La *forme aiguë* s'accompagne d'un épanchement ascitique clair souvent très abondant ; la séreuse est en même temps recouverte d'un semis de granulations grises, surtout nombreuses au niveau de la rate et sur la face convexe du foie, parfois aussi sur les anses de l'intestin grêle.

Dans la *forme chronique*, l'épanchement peut être aussi caractérisé par une ascite, mais le plus souvent il est peu abondant et purulent ou séro-purulent. La paroi abdominale adhère parfois à l'épiploon et aux intestins (Grisolle); les anses intestinales, unies par de nombreuses adhérences, forment une seule masse recouverte d'une couche épaisse de fausses membranes jaune verdâtre qui la dérobent tout d'abord à la vue ; ces fausses membranes contiennent dans leurs mailles du pus liquide ou caséeux et des tubercules miliaires jaunes ; parfois elles flottent librement dans la cavité péritonéale sous la forme de masses caséeuses (Henoch). D'autres fois, elles se présentent sous forme de plaques tuberculeuses épaisses pouvant atteindre 3 ou 4 centimètres