

elles donnent lieu tout d'abord à un complexus symptomatique des plus alarmants; mais, bientôt il se produit une détente, les vomissements cessent, les douleurs diminuent d'intensité et l'on constate seulement le ballonnement du ventre, le gargouillement, un état infectieux dont l'interprétation est difficile.

Dans une troisième phase, la température tombe, au bout de sept à huit jours, et peut même tomber brusquement (défervescence pneumonique, Brun); le tableau clinique est alors semblable à celui de la péritonite tuberculeuse. On constate une tuméfaction au milieu des fosses iliaques, parfois une fluctuation évidente.

Cette péritonite a tendance à la guérison spontanée. De même que les pleurésies pneumococques se terminent souvent par une vomique, de même les péritonites à pneumocoques peuvent se terminer par l'évacuation de l'abcès au niveau de l'ombilic. Dans la moitié des cas environ, cette terminaison a été constatée. Il ne faudrait pas en conclure cependant que la maladie doit être abandonnée à son cours, car elle peut entraîner une infection pneumococcique généralisée, mortelle.

La difficulté est de faire le diagnostic de la nature de la péritonite et parfois même de reconnaître l'existence de la péritonite.

Tout au début, on peut croire à une appendicite, à une péritonite par perforation. Plus tard, la maladie simule la fièvre typhoïde et l'on a signalé des erreurs de ce genre; enfin nous avons mentionné qu'après la défervescence, la péritonite à pneumocoques peut simuler la péritonite tuberculeuse. Le diagnostic est cependant le plus souvent possible si l'on prend en considération les commémoratifs, l'évolution de la maladie, les renseignements fournis par l'examen. Le fait que la péritonite survient brusquement chez un enfant, en bonne santé antérieure, doit faire envisager immédiatement l'hypothèse de la péritonite à pneumocoques. Le diagnostic n'est à faire qu'avec la péritonite appendiculaire, mais dans ce cas on parvient presque toujours à constater une douleur particulièrement vive au lieu d'élection (point de Mac Burney), avec empatement à ce niveau.

Le diagnostic avec la fièvre typhoïde est singulièrement facilité maintenant par le séro-diagnostic; d'ailleurs la chute de la température, habituellement brusque, est un élément de diagnostic différentiel de la plus grande importance.

Plus tard enfin, lorsque la fluctuation existe, une ponction capillaire inoffensive permettra de recueillir du pus et d'y constater la présence des pneumocoques.

Une seconde classe de péritonites est celle des **péritonites par infection sanguine** (péritonites septicémiques consécutives à la variole, la scarlatine, l'infection puerpérale).

Les péritonites généralisées que l'on observe le plus fréquemment sont les **péritonites par propagation** (avec foyer de voisinage ou foyer éloigné) et les **péritonites par perforation** de l'estomac, de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie, ou bien ouverture d'une collection purulente formée dans ces cavités. La rupture de l'un de ces organes n'entraîne pas fatalement la péritonite, si le contenu de l'organe n'est pas septique; on sait que la bile, que l'urine stériles peuvent se répandre dans le péritoine sans déterminer d'infection; ces cas sont malheureusement les plus rares.

Le coli-bacille joue le rôle prédominant dans la pathogénie de ces péritonites par perforation, soit seul, soit associé au streptocoque, aux staphylocoques, aux microbes de la putréfaction.

Ces péritonites par perforation peuvent affecter des allures suraiguës et emporter les malades en deux ou trois jours ou bien affecter des allures subaiguës, ou bien encore, lorsqu'elles surviennent au cours d'une maladie générale, comme la fièvre typhoïde, elles peuvent être latentes ou tout au moins ne se traduire que par un symptôme tel que l'abaissement de la température, qui peut échapper au premier abord, et évoluer alors qu'une intervention immédiate aurait laissé quelques chances de survie. Il importe d'autre part de se rappeler, pour ne pas s'exposer à une intervention inutile et péril-

leuse, que certains malades ont tous les symptômes d'une péritonite, sans que leur péritoine soit infecté: le péritonisme des hystériques a donné lieu parfois à des erreurs de diagnostic de la part de médecins autorisés. La confusion est d'autant plus aisée que souvent les malades ont en même temps une lésion telle qu'appendicite, salpingite, métrite, etc., susceptible de se compliquer de péritonite, ou que le péritonisme a pour cause occasionnelle un traumatisme (chute, coup sur le ventre). M. Talamon (*Médecine moderne*, 1897) a appelé l'attention sur les fausses péritonites qui peuvent survenir chez les névropathes porteurs d'une lésion de l'appendice; le péritonisme peut d'ailleurs faire croire à l'existence d'une appendicite qui n'existe pas et que M. Brissaud a qualifiée d'appendicite fantôme (Société médicale des hôpitaux).

On conçoit l'importance d'un diagnostic exact en pareil cas. Rappelons que, pour y parvenir, on s'appuiera sur les antécédents (manifestations diverses de l'hystérie et notamment vomissements), sur la constatation des stigmates et surtout sur l'analyse raisonnée des symptômes constatés chez le malade, car les antécédents nerveux et même les stigmates de l'hystérie peuvent faire défaut, le péritonisme constituant une manifestation monosymptomatique de la névrose. L'apyrexie doit donner l'éveil ainsi que la discordance entre les symptômes; ainsi le pouls reste régulier et lent, le facies n'est pas grippé, la respiration n'est pas très anxieuse, la sécrétion urinaire reste abondante alors que les vomissements sont incoercibles, que les douleurs sont intenses.

En présence d'une péritonite qui vient de se manifester, que la cause soit connue ou non, le devoir du médecin est d'instituer un traitement qui permettra au malade de subir une intervention, avec quelques chances de succès, si l'intervention est jugée possible.

Le *repos* et la *diète* absolus sont de rigueur; on permettra seulement au malade d'avalier quelques cuillerées à café de champagne frappé, et, pour apaiser sa soif, on lui donnera quelques fragments de glace qu'il conservera dans sa bouche.

L'application d'une large *vessie de glace* sur toute la surface du ventre modère les douleurs et les vomissements; par contre, il faut se garder des vésicatoires, des badigeonnages avec le collodion, qui rendent difficile la préparation du champ opératoire, dans les cas d'intervention. L'*opium*, qui immobilise l'intestin, doit être administré dès le début *larga manu* sous forme de pilules d'extrait thébaïque; on peut donner par jour 15 à 20 centigrammes d'extrait en pilules de 0 gr. 02.

Si les vomissements ne permettent pas d'administrer l'opium par la bouche, on lui substituera les injections sous-cutanées de morphine.

Pour évacuer les gaz, on introduira prudemment dans le rectum une *sonde œsophagienne* ou une sonde urétrale de gros calibre; si la péritonite présente une marche subaiguë, on sera autorisé à donner un lavement, au bout de quelques jours, pour combattre la constipation opiniâtre provoquée à la fois par la paralysie de l'intestin et par l'opium.

Pour prévenir le collapsus algide et combattre l'infection généralisée, on aura recours aux *injections sous-cutanées de sérum artificiel*, aux injections d'*ether*, de *caféine*, d'*huile camphrée*.

Le rôle du médecin est ensuite de discuter l'opportunité d'une intervention. Nous avons cité en premier lieu la péritonite à pneumocoques; dans cette forme de péritonite aucune hésitation n'est de mise, l'intervention précoce s'impose, elle est habituellement suivie de succès.