

qu'elle était due au transport du streptocoque de l'érysipèle par une serviette contaminée. Dans le cas de M. Lorrain, la péritonite streptococcique peut être considérée comme primitive, car elle n'a été engendrée par aucune lésion; toutefois, il ne faut pas oublier que la fillette vivait dans un milieu infecté par sa mère, plus tard morte en couches, et ici encore il est permis de penser à une contagiosité qui, pour être difficile à expliquer et beaucoup moins directe que dans le cas de M. Meunier, n'en est pas moins acceptable. Enfin, dans le cas de M. Milian, la péritonite streptococcique était primitive, si on veut appeler ainsi une péritonite qui n'est pas directement imputable à une lésion du voisinage, mais en réalité elle était consécutive à une septicémie streptococcique née au contact d'un épithélioma ulcéré du cardia.

La péritonite primitive streptococcique, comme la péritonite primitive pneumococcique, est surtout l'apanage du sexe féminin; mais l'une atteint de préférence les adultes, tandis que l'autre est beaucoup plus fréquente chez les enfants. Les lésions péritonéales sont différentes dans les deux cas. La péritonite pneumococcique tend à s'enkyster sous forme de loges purulentes plus ou moins étendues et parfois multiples; elle a peu de tendance à se généraliser, elle engendre des fausses membranes épaisses et fibrineuses qui font adhérer les anses intestinales et les organes; son pus est verdâtre, épais, homogène, louable. La péritonite streptococcique, au contraire, n'a pas de tendance à s'enkyster, elle tend à se généraliser, elle provoque des membranes minces, peu fibrineuses qui ne suscitent que de faibles adhérences; son pus n'est ni épais, ni homogène; c'est un liquide séropurulent, comparable à du bouillon sale.

L'entrée en scène de ces deux variétés de péritonites peut être également brusque et bruyante: de part et d'autre, le malade est atteint en pleine santé; les frissons, la fièvre, les vomissements, la douleur abdominale sont les premiers symptômes; toutefois la douleur de ventre, « le point de côté abdominal », me paraît plus accentué au cas de pneumococcie; par contre, les vomissements verdâtres, porracés, me paraissent être plus fréquents au cas de streptococcie.

J'appelle tout spécialement votre attention sur la diarrhée. On croit trop volontiers que la constipation est un symptôme habituel des péritonites; il faut s'entendre: la constipation est surtout fréquente dans la péritonite appendiculaire et dans la péritonite consécutive aux perforations de l'estomac et du duodénum, mais dans les péritonites pneumococcique et streptococcique la diarrhée est la règle. Dans la péritonite pneumococcique, la diarrhée apparaît dès le début de l'infection, les selles sont liquides, fréquentes, bilieuses, pendant plusieurs jours. Dans la péritonite streptococcique, la diarrhée est signalée dans presque toutes les observations. Ainsi, notre malade avait des selles liquides et inconscientes; la malade de MM. Milian et Herrenschildt était souillée par une diarrhée fétide; la malade de M. Meunier était prise de diarrhée intense; la malade de M. Cornil avait des selles liquides; la malade de M. Leyden avait des selles diarrhéiques; la petite malade de M. Lorrain avait une diarrhée qui fit croire d'abord à une entérite tuberculeuse; dans quelques cas, la diarrhée a orienté le diagnostic vers l'hypothèse de la fièvre typhoïde.

En somme, les péritonites pneumococcique et streptococcique ont un début analogue, début brusque et soudain; elles ont aussi bien des symptômes communs: douleurs, vomissements, diarrhée. Ce qui distingue vraiment ces deux variétés de péritonite primitive, c'est l'état général du malade, qui, *d'emblée*, diffère dans les deux cas. Dans la péritonite streptococcique, les symptômes généraux, la prostration, l'abattement, l'accélération et la petitesse du pouls, le délire, l'ataxodynamie, la tendance rapide au collapsus et au coma, prennent en peu de jours, parfois dès le début, une situation prépondérante. Rien de pareil dans la péritonite pneumococcique, qui peut évoluer pendant des semaines sans échéance fatale.

Le pronostic de la péritonite streptococcique est donc autrement grave que le pronostic de la péritonite pneumococcique. Au cas de péritonite pneumococcique, la toxi-infection reste longtemps abdominale, sans retentir sur le reste de l'économie, tandis qu'au cas de péritonite streptococcique

la toxi-infection est d'emblée terrible; ce qui domine, c'est l'empoisonnement rapide, qui aboutit, en trois, quatre, cinq jours, au collapsus, au coma et à la mort.

Cette description et ce parallèle entre les péritonites pneumococcique et streptococcique primitives s'appliquent à la grande majorité des cas. Néanmoins il y a des exceptions, que je dois vous signaler. D'une part, la péritonite streptococcique peut n'être ni très virulente, ni suraiguë; elle peut évoluer lentement et guérir après opération, comme dans le cas, *extrêmement rare* il est vrai, rapporté par M. Lorrain. D'autre part, la péritonite pneumococcique, par sa grande virulence ou par adjonction microbienne, peut revêtir les allures suraiguës et l'extrême gravité de la péritonite streptococcique. M. Brun<sup>1</sup> a rapporté deux cas, que voici :

Une fillette se réveille à 6 heures du matin avec une douleur abdominale qui dure deux heures et s'accompagne de vomissements et de diarrhée. Le lendemain, les vomissements persistent et l'enfant est envoyée à l'hôpital. A ce moment l'état général est déjà très mauvais, le facies est péritonéal, les yeux sont excavés, le pouls est à 160, la température à 38, le ventre est peu ballonné mais tendu et douloureux surtout à droite. Une intervention immédiate est décidée; c'était le troisième jour de la maladie, et M. Brun trouve dans le péritoine un peu de liquide louche, sans odeur, et quelques fausses membranes disséminées sur les anses intestinales. L'appendice, sain d'apparence, est réséqué. Après l'opération on pratique une injection de sérum. La petite malade passe une nuit agitée, et elle meurt à 5 heures, le lendemain matin, quatrième jour de la maladie, le tableau clinique rappelant l'infection péritonéale primitive streptococcique.

A l'autopsie, on ne trouve presque pas de liquide dans le péritoine, excepté à la face postérieure de l'estomac et au niveau de la rate, où l'on découvre du pus verdâtre; des fausses membranes sont disséminées un peu partout. Le

1. Brun. Péritonite septique diffuse à pneumocoque chez l'enfant. *La Presse médicale*, 27 février 1901.

mésentère est farci de ganglions; la trompe droite est congestionnée. Quelques fausses membranes tapissent la plèvre droite, moins abondantes, toutefois, qu'au péritoine. Les poumons sont sains. L'examen histologique de l'appendice a démontré son état normal.

L'étude bactériologique du pus péritonéal a été faite par M. Zuber. Sur lamelles, on n'a trouvé que des diplocoques encapsulés, lancéolés, restant colorés par le Gram. Le pus, ensemencé sur tubes de gélose en surface, après dilutions successives, donne des colonies constituées par les mêmes diplocoques, à l'exclusion de toute autre espèce de colonie. Le pus ensemencé sur des tubes de gélose, semé en profondeur pour la recherche des espèces microbiennes anaérobies, ne donne encore que des colonies du même diplocoque. L'inoculation du pus sous la peau de la cuisse d'une souris détermine la mort en vingt-quatre heures, et dans le sang du cœur on trouve le pneumocoque à l'état de pureté. La fillette a donc succombé à une péritonite pneumococcique primitive *suraiguë*, ce qui est exceptionnel.

Voici le second cas, de M. Brun : Une fillette de quatre ans et demi est prise, le 9 avril, de mal de gorge avec fièvre, dysphagie et céphalalgie; on constate sur les amygdales un exsudat blanchâtre. Le 14 avril, les phénomènes d'angine s'atténuent, mais, à ce moment, l'enfant est prise de douleurs abdominales accompagnées de fréquents vomissements verts et noirs; le ventre est ballonné, les symptômes s'aggravent et la petite malade est reçue à l'hôpital le 16 avril, à 8 heures du matin. Son état est des plus mauvais : oppression, pouls incomptable; les yeux sont cerclés de noir, le regard est éteint, le ventre est ballonné et partout douloureux; on n'y trouve pas de zones de matité. Une demi-heure après son entrée à l'hôpital, l'enfant est prise de vomissements abondants, elle est agonique; on lui fait une injection de sérum.

A 10 heures, M. Brun fait l'opération. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un peu de pus verdâtre sans odeur; cette petite collection ne siège pas au niveau de l'appendice; les anses intestinales sont parsemées de fausses membranes

minces et peu abondantes. Aussitôt après l'opération, on pratique des injections de sérum, d'éther et de caféine pour relever l'état de la malade, qui succombe dans l'après-midi, au troisième jour de sa péritonite suraiguë, le tableau clinique rappelant encore ici l'infection péritonéale primitive streptococcique.

A l'autopsie, on trouve quelques cuillerées de pus dans le petit bassin, et des fausses membranes adhérentes sur tout l'intestin. L'appendice est normal. Tous les viscères sont sains. L'examen bactériologique du pus prélevé pendant l'opération a été fait par M. Bernheim, qui a conclu à la présence certaine et exclusive du pneumocoque.

Voilà donc deux cas de péritonite pneumococcique primitive, *suraiguë*, qui s'écartent singulièrement, sans qu'on sache pourquoi, des allures habituelles de cette péritonite. Cliniquement, la précoce intensité des symptômes, la rapidité de l'infection, l'extrême gravité du pronostic, rapprochent cette variété de péritonite pneumococcique de la péritonite streptococcique. Je ne vois qu'une seule manière d'arriver vite au diagnostic, c'est de pratiquer sans perdre un instant le sérodiagnostic et de rechercher l'agglutination pneumococcique suivant le procédé indiqué par MM. Bezançon et Griffon, procédé que j'ai étudié ailleurs<sup>1</sup>.

Je viens de vous dire que, dans quelques circonstances, la péritonite pneumococcique, par la précoce intensité de ses symptômes et par la rapidité des accidents, peut simuler la péritonite streptococcique. Il est encore un cas où la confusion pourrait être possible, c'est lorsqu'à l'infection péritonéale pneumococcique vient s'ajouter l'infection secondaire du coli-bacille. En voici un cas :

Le 16 mai 1898, je voyais avec M. Blache un enfant de neuf ans atteint depuis trois jours de symptômes abdominaux qui étaient apparus dans les circonstances suivantes. Plusieurs enfants de la même famille étaient atteints de grippe et le petit malade dont je vais vous parler avait été lui-même

1. La pleurésie médiastine. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899, Première leçon.

effleuré. Dans la nuit du 14 mars cet enfant se réveille avec des douleurs de ventre. Le lendemain, les douleurs persistent très vives sans localisation précise, l'enfant a des vomissements et la température atteint 39 degrés. Le surlendemain, 16 mars, je vois le malade avec M. Blache. Chez un enfant pris de vives douleurs de ventre avec fièvre et vomissements, on pense tout d'abord à l'appendicite. Mais, dans le cas actuel, il n'y avait vraiment pas de localisation au point de Mac Burney, on ne trouvait là ni douleur élective ni défense musculaire : la douleur était diffuse dans tout le bas-ventre ; la région sous-ombilicale était saillante, douloureuse, tympanisée, mais pas uniformément sonore ; le pouls était accéléré ; l'enfant continuait à vomir ; la nuit avait été mauvaise ; le facies était altéré. Nous étions en face d'une infection péritonéale, mais quelle était cette infection ? Le diagnostic d'appendicite fut éliminé ; nous n'avions pas là, je viens de le dire, les signes de l'appendicite. Et cependant l'enfant était atteint de péritonite : douleurs vives, vomissements, fièvre élevée, ballonnement du ventre, tympanisme sous-ombilical.

Eh bien, chez un enfant qui est atteint *brusquement* du syndrome péritonéal, douleurs abdominales, vomissements, tympanisme avec fièvre élevée, lorsque cet enfant n'a pas d'appendicite, à quelle maladie faut-il penser ? A la péritonite primitive à pneumocoques. L'âge de l'enfant, la brusquerie du début, la fièvre, l'intensité de la douleur abdominale, les vomissements, la prédominance de la péritonite au bas-ventre, tout cela plaidait ici en faveur de la péritonite primitive à pneumocoques.

Un seul symptôme manquait au tableau : la diarrhée. En effet, la *diarrhée* existe presque toujours dès le début, ou dès les premiers jours. Et je disais à M. Blache : « Si l'enfant avait la diarrhée, il n'y aurait aucune hésitation sur le diagnostic de la péritonite pneumococcique. » Bien que la péritonite à pneumocoques ne soit généralement pas redoutable à son début, l'idée de l'intervention chirurgicale se présentait déjà à mon esprit. Il fut convenu que nous reverrions l'enfant le lendemain matin. Dès que j'arrivai, on m'annonça

l'apparition du symptôme attendu : la diarrhée. L'enfant avait eu dans la nuit une quinzaine de selles diarrhéiques jaunâtres, et on étala devant nous une quantité de linges qui nous permirent de juger l'intensité de cette diarrhée.

Le diagnostic était certain; il s'agissait bien d'une péritonite pneumococcique primitive, nous n'avions plus qu'à décider l'opération. Toutefois, cette opération n'était pas absolument urgente, car la péritonite à pneumocoques n'a presque jamais la gravité des péritonites appendiculaires et des péritonites primitives à streptocoques. La péritonite à streptocoques, elle, détermine dès les premiers jours des symptômes alarmants : facies grippé, accélération du pouls, délire, prostration, qui aboutissent rapidement au collapsus; aussi l'opération doit-elle être des plus hâtives. Quant à la péritonite appendiculaire, le danger ne vient pas seulement de la péritonite, il vient de la toxi-infection appendiculaire, qui réclame également une intervention rapide.

Tout autre est la péritonite pneumococcique, du moins dans la très grande majorité des cas. L'évolution de cette péritonite est généralement assez lente, et dans bien des cas, des petits malades opérés au huitième, dixième, quinzième jour ont parfaitement guéri.

Néanmoins, comme on n'a rien à gagner à attendre, M. Routier fut prévenu et il fut convenu que l'opération serait faite le lendemain, 18 mars, sixième jour de la maladie. Mais voilà qu'en arrivant le matin du 18 mars chez notre petit malade, je suis tout surpris du changement qui s'est fait depuis la veille, c'est un changement à vue. On nous raconte que la nuit a été très mauvaise, l'insomnie a été complète; l'enfant, dans une agitation continuelle, gémissait et vomissait. Sa physionomie s'est modifiée, elle a pris le masque péritonéal; le pouls est très accéléré, le tympanisme s'est généralisé, le ventre est très douloureux. J'ai beau chercher dans mes souvenirs, le tableau que j'ai sous les yeux ne me rappelle en rien la première phase de la péritonite pneumococcique. Y aurait-il erreur de diagnostic, et la péritonite en question ne serait-elle pas pneumococcique? Un doute s'élevait dans mon esprit. En tout cas, l'opération était

urgente et elle fut pratiquée, sans tarder, par M. Routier. Dès que la cavité péritonéale fut ouverte, il se répandit une odeur infecte qui témoignait déjà que le coli-bacille était en cause. Alors nous vîmes s'écouler du péritoine une assez grande quantité de liquide séro-purulent, mal lié, fétide, avec des amas de liquide épais, verdâtre, et quelques membranes fibrineuses. Tout d'abord, M. Routier eut quelque hésitation et se demanda si l'appendice n'était pas l'origine de cette péritonite; mais, vérification faite, l'appendice était sain, il n'était pour rien dans l'infection péritonéale.

A première vue, les membranes fibrineuses et les amas de pus, épais, verdâtre, bien lié donnaient l'idée d'une péritonite à pneumocoques. D'autre part, le liquide fétide, séro-purulent témoignait d'une péritonite à coli-bacille. Des échantillons furent prélevés séance tenante, et l'examen bactériologique, fait par mon chef de clinique M. Kahn, démontra l'existence des deux microbes, pneumocoque et coli-bacille; il n'y avait pas d'autre variété. La situation de l'enfant resta grave pendant quelques jours, la convalescence fut longue, la guérison survint, mais lentement.

Voilà donc une péritonite à infection mixte qui s'est faite en deux étapes. Pendant la première étape, la péritonite a été pneumococcique; elle en a eu la brusquerie, la douleur, les vomissements, la localisation douloureuse sous-ombilicale et la diarrhée. A ce moment, l'état général n'était pas mauvais, et, à ne voir que la physionomie de l'enfant, on n'aurait même pas cru qu'il fût atteint de péritonite. Mais voilà qu'au cinquième jour, la scène change, *le facies devient péritonéal, l'état général devient rapidement alarmant*, c'est le coli-bacille qui entre en scène.

Eh bien, que savons-nous actuellement des péritonites primitives coli-bacillaires? Rien. Je ne crois pas qu'on en ait publié un seul cas. De toutes les péritonites secondaires, la péritonite dans laquelle domine le coli-bacille est la plus fréquente; c'est la péritonite des perforations de l'intestin, c'est surtout la péritonite de l'appendicite, qu'il y ait perforation de l'appendice ou migration des microbes à travers les parois de l'appendice non perforé. Mais ce n'était pas

ici le cas. Alors, comment expliquer la double infection péritonéale de notre petit malade? Je l'ignore; on dirait que c'est à la faveur du pneumocoque que le coli-bacille a pénétré dans la cavité péritonéale.

MM. Charrin et Veillon<sup>1</sup> ont publié un cas de péritonite pneumococcique qui fut envahie *après la mort* par les coli-bacilles; mais il ne s'agissait pas là d'association microbienne survenue pendant la vie, comme chez notre petit malade, il s'agissait d'adjonction microbienne *post mortem*.

En résumé, à côté du type habituel de la péritonite primitive à pneumocoques, qui s'écarte du type classique de la péritonite primitive à streptocoques, il existe des cas beaucoup plus rares où le tableau clinique est modifié, soit par la virulence exceptionnelle de l'infection pneumococcique, soit par l'adjonction d'une infection secondaire. Je vous ai dit comment on peut arriver parfois à faire le diagnostic; mais, à supposer qu'on commette une erreur, et qu'on prenne pour une péritonite à streptocoques, une péritonite à pneumocoques de gravité insolite, cette erreur n'a que peu d'importance, car dans les deux cas le traitement est le même: c'est l'opération faite le plus vite possible.

J'ai encore à vous parler du diagnostic différentiel entre la péritonite à streptocoques, la péritonite appendiculaire et la péritonite consécutive aux perforations de l'ulcère de l'estomac et du duodénum.

Les symptômes de l'appendicite diffèrent des symptômes de la péritonite streptococcique; et bien que, de part et d'autre, la soudaineté du début, la douleur abdominale, les vomissements et la fièvre puissent caractériser l'entrée en scène du mal, on peut, par une séméiologie attentive, arriver au diagnostic différentiel. Au cas d'appendicite, la douleur abdominale est moins diffuse, elle se localise à la fosse iliaque droite, au point de Mac Burney; de plus, la péritonite appendiculaire n'évolue pas d'une façon aussi suraiguë que la péritonite streptococcique et elle ne suscite pas

1. Charrin et Veillon. *Société de Biologie*, 1894, p. 1037.

d'emblée des symptômes généraux (état ataxo-adyamique, prostration, délire, diarrhée inconsciente) d'une telle intensité.

Les symptômes de la péritonite streptococcique diffèrent des symptômes de la péritonite par perforation de l'ulcère de l'estomac et du duodénum<sup>1</sup>, et bien que de part et d'autre la soudaineté du début, la douleur abdominale et les vomissements puissent caractériser l'entrée en scène du mal, on peut néanmoins arriver au diagnostic différentiel. En effet, la soudaine et terrible intensité de la douleur n'appartient qu'à la péritonite par perforation; c'est le coup de poignard péritonéal; de plus, en pareil cas, le siège initial de la douleur est à l'étage supérieur de l'abdomen, dans les parages de la région épigastrique; ces symptômes ne sont pas ceux de la péritonite streptococcique.

Du reste, quelles que soient la cause et l'origine des péritonites dont nous venons d'établir le diagnostic différentiel, péritonite streptococcique, appendicite, péritonite suraiguë par perforation de l'ulcère de l'estomac et du duodénum, un seul traitement s'impose, c'est l'intervention chirurgicale aussi prompte que possible.

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I, douzième leçon, et t. II, cinquième leçon.

FACULTAD DE MEDICINA  
BIBLIOTECA