

des épaissemens péritonéaux, des agglutinations intestinales. Bon nombre d'observations de ce genre ont été publiées. Nous en avons tous constaté. Je me rappelle un officier de cavalerie atteint de péritonite chronique tuberculeuse avec abcès péritonéal et fistule pyo-stercorale périmbilicale qui a complètement guéri. Nous avons vu, il y a quelques années, avec Berger et Barth une jeune fille atteinte de péritonite chronique tuberculeuse avec gâteau péritonéal et fausse fluctuation dans la fosse iliaque droite, chez laquelle toutes ces lésions ont abouti à la guérison sans aucune intervention chirurgicale. Je donne mes soins depuis deux ans à une jeune femme atteinte de péritonite chronique tuberculeuse, chez laquelle les soins hygiéniques, l'huile de foie de morue à très forte dose, les bains salés et une suralimentation ont amené une amélioration et une guérison actuellement définitive. J'ai vu avec Hammonie une jeune fille atteinte de péritonite chronique tuberculeuse, à forme fébrile, à pronostic fort grave, qui est actuellement en pleine convalescence. C'est donc un fait acquis, et bien intéressant, que les différentes variétés de péritonite chronique tuberculeuse peuvent guérir sans opération.

Mais dans d'autres circonstances l'intervention chirurgicale est indiquée. Cette question a été bien discutée par Legueu<sup>1</sup>, à qui j'emprunte les conclusions suivantes : La forme *ascitique* des péritonites tuberculeuses chronique et subaiguë est naturellement celle où l'on obtient les meilleurs résultats : chez l'enfant au-dessous de quinze ans, 40 opérations ont donné 55 guérisons, dont 4 constatées après un an, 1 après deux ans et 2 après quatorze ans. Chez l'adulte on a obtenu, sur 151 cas, 99 guérisons dont 56 persistaient après un an et 25 après plus de deux ans. Sur la totalité des guérisons (enfants et adultes) la récidive a été observée 17 fois.

La forme fibro-caséuse de la péritonite chronique tuber-

1. Legueu. *La Semaine médicale*, 1894, p. 67.

culeuse se prête moins à l'intervention chirurgicale. Sur 22 malades opérés, 15 ont guéri et plusieurs fois la guérison s'est fait attendre avec un reliquat de fistule stercorale. La forme scléro-adhésive a permis d'obtenir la guérison dans un tiers des cas en moyenne.

En résumé, l'intervention chirurgicale, quand les cas sont bien choisis, quand les indications sont nettement posées, donne des succès fort encourageants et permet de sauver des gens voués à la mort. Mais il est des cas dans lesquels la laparotomie n'est pas indispensable, et la ponction du péritoine suivie d'injections de différente nature a donné de très bons résultats. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les discussions de la Société médicale des hôpitaux.

En 1890, Debove<sup>1</sup> rapporte une observation de péritonite tuberculeuse guérie par la ponction et par l'injection de deux litres d'eau bouillie saturée d'acide borique. En 1895, Rendu<sup>2</sup> rapporte un cas de tuberculose péritonéale guérie par des injections de naphthol camphré. En 1895, Caubet<sup>3</sup> obtient la guérison au moyen d'une injection et d'un lavage avec dix litres d'eau stérilisée portée à la température de 46 degrés. D'une façon générale, je dirai qu'il faut se méfier des injections *médicamenteuses* faites dans le péritoine.

#### § 4. PÉRITONITE PRIMITIVE A PNEUMOCOQUES ASSOCIATION DU COLIBACILLE

La *péritonite pneumococcique* est presque toujours *primitive*, surtout chez les enfants; ce qui veut dire qu'elle éclate en pleine santé chez des sujets qui n'avaient, en apparence du moins, aucune autre infection à pneumocoques. La forme

1. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 10 octobre 1890.

2. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 27 octobre 1895.

3. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 20 décembre 1895.

secondaire, beaucoup plus rare que la forme primitive, se voit de préférence chez l'adulte. Il suffit de rappeler ses souvenirs pour voir combien est exceptionnelle l'écllosion d'une péritonite pneumococcique au cours d'une pleurésie<sup>1</sup> ou d'une pneumonie. Je l'ai observée deux fois chez des malades atteints de pneumococcie généralisée; j'en ai rapporté l'histoire au chapitre des Ulcérations gastriques pneumococciques. Chez l'un de ces malades, nous avons pu constater que la péritonite était en voie de guérison, preuve que la péritonite secondaire peut se terminer par résolution. La péritonite secondaire ne figure que 5 fois sur les 27 cas que j'ai réunis; 22 fois la péritonite était primitive.

Ce n'est pas que le pneumocoque n'aborde pas facilement le péritoine; dans bon nombre d'autopsies concernant des malades ayant succombé à une pneumonie, on a pu constater la présence du pneumocoque sur le péritoine; mais il semble, dit Boulay<sup>2</sup>, que cette séreuse s'oppose au développement du pneumocoque, ou du moins que ce microbe n'ait pas prise sur elle; le péritoine se défend victorieusement. Donc chez un homme déjà infecté d'une lésion pneumococcique, le pneumocoque peut bien émigrer dans le péritoine, mais il n'y engendre pas la péritonite. Pareille chose se produit dans les expériences : on infecte un animal par injection sous-cutanée, l'animal meurt, on trouve bien des pneumocoques dans son péritoine, mais point de péritonite. On injecte des pneumocoques dans le péritoine d'un animal, cobaye ou lapin : l'animal meurt d'infection généralisée, mais habituellement il meurt sans péritonite.

La péritonite pneumococcique primitive étant beaucoup plus fréquente que la forme secondaire, c'est la péritonite primitive que je décrirai dans ce chapitre, mais au préalable je crois utile de faire connaître une observation qui

1. Dogliotti (de Turin) a publié plusieurs cas de péritonite pneumococcique consécutive à la pleuro-pneumonie. *La médication martiale*, 1898, p. 205.

2. Boulay. *Les affections à pneumocoques*. Thèse de Paris, 1891.

contribuera à bien montrer l'entrée en scène et l'évolution de cette péritonite pneumococcique. Voici le cas<sup>1</sup> :

Une fillette de huit ans avait passé à sa pension la journée du 25 novembre 1896, en parfaite santé. Elle était partie dans la matinée et revenue le soir dans sa famille aussi gaie que d'habitude. Elle avait bien diné et s'était endormie à neuf heures. Dans la nuit, vers deux heures du matin, elle est réveillée par une douleur très vive dans le ventre et elle se met à vomir. Les vomissements sont incessants; d'abord alimentaires, ils deviennent bilieux, puis franchement verdâtres, porracés; chaque nausée arrache des cris à la petite malade, qui ne tarde pas à être prise d'une diarrhée très abondante. Les déjections se répètent aussi souvent que les vomissements; la famille s'affole, craint un empoisonnement et envoie chercher un médecin. La fièvre est insignifiante. Le docteur Schmidt arrive bientôt après : en raison des symptômes et des douleurs abdominales, il pense tout d'abord à une appendicite; cependant l'existence de la diarrhée et l'absence de localisation bien nette à la région appendiculaire lui font réserver le diagnostic.

Le lendemain, 26 novembre, vers sept heures du matin, l'orage se calme et l'enfant peut dormir quelques heures; les vomissements cessent, mais la diarrhée persiste; on prononce le mot d'entérite folliculaire. Le 27 novembre au matin, l'enfant a 38°,2. Rénon, qui la voit le soir à six heures, trouve le ventre à peine ballonné, mais partout douloureux à la pression; la diarrhée persiste. Malgré l'absence de taches rosées lenticulaires, on pense à la possibilité d'une fièvre typhoïde, et on fait pratiquer des lotions froides sur le ventre.

Le 28, persistance de la diarrhée; l'état général est satisfaisant, la température matin et soir est de 38°,4. Le 29, le ténesme rectal, qui avait fait une apparition l'avant-veille, devient de plus en plus pénible, au point de pro-

1. Cette observation est tirée de ma leçon sur la péritonite pneumococcique. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897, p. 396.

voquer jusqu'à huit et dix fois par heure des besoins d'évacuation; les douleurs de ventre sont stationnaires; les urines ne sont pas albumineuses. On croit de plus en plus à une fièvre typhoïde, et pour élucider la question, on pratique le séro-diagnostic qui est *négatif*.

Qu'avait donc cet enfant? La maladie suit son cours. Dans les premiers jours de décembre, le ventre est plus ballonné, plus empâté, surtout à la fosse iliaque droite, ce qui fait revenir un instant au diagnostic primitif d'appendicite, compliquée maintenant d'un abcès à la région cœcale. En présence de ces symptômes, je suis appelé en consultation avec Routier, et le 13 décembre, nous nous rendons chez la petite malade avec Schmidt et Rénon. En arrivant près de cette enfant, je suis frappé de sa bonne mine, elle n'a nullement le masque péritonéal, elle est presque gaie et cause volontiers, elle donne elle-même d'une façon précise des renseignements sur son état. Le ventre est saillant, augmenté de volume, du côté droit plus que du côté gauche. On constate une submatité étendue mais difficile à délimiter; la palpation donne la sensation d'une vaste collection liquide qui bombe sous la main. Étant donné le début et l'évolution de la maladie, j'é mets l'idée que la petite malade est atteinte d'une péritonite à pneumocoques, je me base sur l'âge de l'enfant, sur le début brusque, sur la *diarrhée*, sur la présence d'une collection péritonéale qui, bien qu'étendue, paraît avoir une tendance à se localiser; je demande qu'on fasse une ponction exploratrice et que le liquide soit porté à mon laboratoire afin d'y étudier la virulence du pneumocoque. La ponction est faite le lendemain 14 décembre, à huit heures du matin, par Routier; on retire un litre de pus crémeux, bien lié, verdâtre, sans odeur et contenant une quantité de flocons fibrineux. L'examen bactériologique pratiqué une heure après, décèle l'existence du pneumocoque à l'état de pureté. Une souris inoculée avec deux gouttes de pus meurt en quarante-huit heures: son sang contient du pneumocoque.

Le diagnostic de péritonite à pneumocoques étant confirmé, nous décidons aussitôt la laparotomie, qui fut pratiquée par Routier. Quelques semaines plus tard, je revoyais l'enfant qui était complètement guérie.

Parmi les nombreuses observations publiées sur la péritonite pneumococcique, je citerai celles de Sevestre, Moizard, Gaillard, Kirmisson, Ménétrier, etc., et surtout les intéressantes publications de Brun dont nous reparlerons au cours de ce chapitre.

**Description.** — La péritonite pneumococcique est rare chez l'adulte<sup>1</sup>, je ne la trouve signalée que cinq fois sur vingt-sept cas. Elle est surtout fréquente entre les âges de trois et douze ans. La fillette qui fait le sujet de mon observation avait huit ans. Les deux observations de Sevestre<sup>2</sup> concernent deux fillettes, l'une de sept ans, l'autre de huit ans. Dans l'observation de Moizard<sup>3</sup>, la fillette a sept ans. L'observation de Gaillard<sup>4</sup> concerne une fillette de onze ans. Les cinq observations de Brun<sup>5</sup> concernent des fillettes de quatre ans, de trois ans, de sept ans, de huit ans, de quatre ans et demi. Dans l'observation de Kirmisson<sup>6</sup>, l'enfant a sept ans. Les trois observations de Goriastekine<sup>7</sup> concernent deux fillettes, l'une de neuf ans, l'autre de sept ans et un garçon de dix ans. Dans l'observation de Pochon, la fillette a deux ans et demi<sup>8</sup>. L'observation de Remy concerne un enfant de onze ans<sup>9</sup>.

Presque tous ces cas se rapportent à des petites filles: les petits garçons y sont en très infime minorité. Peut-être pourrait-on incriminer la vulvite (Marfan) signalée dans plu-

1. Arnozan et Cassaët. *Société médicale des hôpitaux*, 18 janvier 1894.
2. Sevestre. *Société médicale des hôpitaux*, 1890, et thèse de Morisse. *Péritonite à pneumocoques*. Paris, 1892.
3. Lecoq. *Péritonite à pneumocoques*. Thèse de Paris, 1893.
4. Gaillard. *Société médicale des hôpitaux*, novembre 1890.
5. Brun. *La Presse médicale*, janvier 1896.
6. Kirmisson. *Société de chirurgie*, 8 mai 1893.
7. Degos. *Péritonite à pneumocoques*. Thèse de Bordeaux, 1895.
8. Pochon. *La médecine infantile*, 15 juin 1893.
9. Remy et Courdoux. *Journal de clinique et de thérapeutique infantile* 30 avril 1896.