

Le liquide péritoneal est verdâtre, épais, crémeux, fibrino-purulent; il a tous les caractères du pus pneumococcique; une fois cependant il n'était pas purulent, il était séro-fibrineux (observation de Weichselbaum), exception qu'on a constatée également dans la pleurésie pneumococcique, qui, on le sait, peut n'être pas purulente. Dans le liquide nagent de nombreux flocons et d'épaisses membranes.

Formes très graves. — Bien que la péritonite pneumococcique soit, ainsi qu'on vient de le voir, une des péritonites les moins graves, il est des cas où elle revêt une très redoutable intensité. En voici deux exemples rapportés par Brun¹.

Une fillette se réveille à 6 heures du matin avec une douleur abdominale accompagnée 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 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 mésentère est farci de ganglions; la trompe droite est congestionnée. Quelques fausses membranes tapissent la plèvre

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

droite, moins abondantes, toutefois, qu'au péritoine. Les poumons sont sains. L'examen histologique de l'appendice a démontré son intégrité.

L'étude bactériologique du pus péritonéal a été faite par 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 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 avec vomissements fréquents; 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, 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*, ce qui est tout à fait exceptionnel, 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 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 séro-diagnostic et de rechercher l'agglutination pneumococcique suivant le procédé indiqué par Bezançon et Griffon, procédé que j'ai étudié au chapitre de la pneumonie.

Association du coli-bacille. — Le pneumocoque est le seul microbe de la péritonite pneumococcique, mais à l'autopsie on constate assez souvent que le coli-bacille a envahi *post mortem* le péritoine. Au cas de *fistule ombilicale*, d'autres microbes peuvent également envahir la cavité péritonéale (infection secondaire).

Il ne m'est pas prouvé cependant que le coli-bacille ne puisse s'adjoindre au pneumocoque pendant la vie. Le cas que voici donne singulièrement à réfléchir. Le 16 mai 1898, je voyais avec Blache un enfant de neuf ans atteint depuis trois jours de symptômes abdominaux dans les circonstances suivantes. Plusieurs enfants de la même famille étaient atteints de grippe et le petit malade dont je vais parler avait été lui-même effleuré. Dans la nuit du 14 mars, cet enfant se réveilla avec des douleurs du ventre. Le lende-

main, les douleurs persistent sans localisation précise, l'enfant a des vomissements et la température atteint 39 degrés. Le surlendemain, 16 mars, je vois le malade avec 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, il n'y avait 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 avait encore vomé, 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 les signes de l'appendicite. Et cependant l'enfant était atteint de péritonite: douleurs vives, vomissements, fièvre, ballonnement du ventre, tympanisme sous-ombilical.

Eh bien, chez un enfant qui est atteint *brusquement* du syndrome péritonéal, douleurs abdominales, vomissements, tympanisme et fièvre, 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, les vomissements, la prédominance de la péritonite au bas-ventre, tout cela plaide 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 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 pas redoutable dès les premiers jours, l'idée de l'intervention chirurgicale se présentait déjà à mon esprit. Il fut convenu que nous reverrions l'enfant le lendemain. 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 jau-