

nâtres, et l'on étala devant nous une quantité de linges qui nous permirent de juger de l'intensité de la diarrhée.

Le diagnostic était certain : il s'agissait bien d'une péritonite pneumococcique primitive; il fallait dès lors songer à l'opération. Toutefois, cette opération n'était pas absolument urgente, car la péritonite à pneumocoques n'a pas 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 hâtive.

Tout autre est la péritonite pneumococcique. Nous venons de voir au cours de ce chapitre que l'évolution de cette péritonite est assez lente et que des petits malades opérés au huitième, dixième, quinzième jour ont parfaitement guéri.

Donc, chez notre enfant, je ne voyais aucun inconvénient à renvoyer l'opération au lendemain, sixième jour de la maladie; je crois même qu'il n'existe aucune observation, où l'opération, pour une péritonite pneumococcique, ait été pratiquée avant le dixième ou douzième jour. La décision fut donc renvoyée au lendemain 18 mars. Mais voilà qu'en arrivant le matin du 18 mars chez notre petit malade, je suis tout surpris du changement qui s'est fait; c'est un changement à vue. On nous raconte que la nuit a été très mauvaise, l'insomnie presque complète, l'agitation continue, l'enfant gémissait et pleurait. Sa physionomie s'est modifiée, elle a pris le masque péritonéal; le pouls est très accéléré, le tympanisme douloureux s'est généralisé. J'ai beau rappeler 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 pneumococ-

cique? Un doute s'élevait dans mon esprit. En tout cas, l'opération était urgente; elle fut pratiquée le jour même par 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 amas de liquide épais, verdâtre, et quelques membranes fibrineuses. Routier, à ce moment, 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 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 Kahn, démontra l'existence des deux microbes, pneumocoque et coli-bacille; il n'y avait pas d'autre variété. La situation resta grave pendant quelques jours; 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. L'état général n'était pas mauvais, et à ne voir que la figure de l'enfant on n'aurait 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 n'en connais pas un seul cas publié. De toutes les péritonites secondaires, la péritonite à 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 perforées.

Mais ce n'était pas ici le cas. Alors comment expliquer la poly-infection 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.

Charrin et Veillon¹ ont publié un cas de péritonite pneumococcique pure qui fut envahie *après la mort* par les colibacilles, 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*.

Traitement. — Livrée à elle-même, la péritonite pneumococcique est souvent mortelle. Le sujet succombe par cachexie ou par infection plus ou moins généralisée, avec localisations secondaires (plèvre, poumon, cœur, etc.), parfois même la mort est très rapide (cas de Brun). Il est donc utile d'intervenir *en temps voulu* et de ne pas attendre les infections secondaires. Les cas de guérison, et ils sont nombreux, ont été obtenus lorsque l'intervention chirurgicale a été faite en temps opportun; les succès, au contraire, doivent être mis sur le compte de l'opération tardive; le malade opéré tardivement est sous le coup d'une toxo-infection qui pardonne rarement: il succombe à une infection du poumon, comme un des petits malades de Brun, à une infection du péricarde et des plèvres, comme un des petits malades de Jalaguiet. *Dès que la péritonite est reconnue*, il faut opérer. A quoi sert d'attendre?

Dans le cas où la péritonite s'est spontanément ouverte à l'extérieur, faut-il s'abstenir de pratiquer la laparotomie? On cite quelques cas de guérison, mais l'évacuation spontanée du pus ne m'inspire qu'une médiocre sécurité. Deux complications, en effet, sont à craindre après l'évacuation spontanée du pus: l'une c'est la pénétration, dans le foyer, d'un nouveau microbe redoutable, streptocoque ou staphylocoque, comme chez la petite malade de Mozart; l'autre, c'est la reprise de l'infection dans des clapiers péritonéaux

1. Charrin et Veillon. *Société de biologie*, 1894, p. 1057.

incomplètement vidés, comme chez la fillette opérée par Lucas-Championnière. L'intervention chirurgicale pratiquée en temps opportun est donc, en toute circonstance, le seul traitement rationnel à opposer à la péritonite pneumococcique.

§ 5. PÉRITONITE PRIMITIVE A STREPTOCOQUES

J'ai eu dans mon service de l'Hôtel-Dieu une jeune fille atteinte de péritonite primitive streptococcique et j'ai consacré à cette maladie une leçon clinique¹ qui va me servir à écrire ce chapitre de pathologie. Voici d'abord le cas de notre malade.

Une jeune fille est prise, le 9 janvier 1900, d'un vulgaire « mal de gorge » avec fièvre et courbature. Elle garde le lit pendant trois jours sans faire appeler le médecin. Le 12, elle se croit mieux et se lève dans sa chambre. Le 13, elle sort en voiture pour aller voir une amie, mais elle est prise d'un tel malaise qu'il faut la ramener chez elle. Le 14, un médecin est appelé, il croit à une grippe et conseille à la malade de se rendre à l'hôpital. La journée du 15 est mauvaise et la malade arrive le soir dans nos salles. A ce moment, la température atteint 40°,6. Dans la nuit éclatent des vomissements porracés, la scène change rapidement et le 16 au matin, quand j'arrive à l'hôpital, je trouve cette pauvre jeune fille en pleine péritonite; elle est prostrée, incapable de donner le moindre renseignement; elle a les yeux excavés et le facies péritonéal; les selles sont liquides et inconscientes, la température est à 39°,6, le pouls est incomptable, les extrémités sont cyanosées et refroidies, le collapsus est proche.

Sur la planchette du lit est une cuvette remplie des vomissements porracés rendus pendant la nuit. Le ventre

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1905. XI^e Leçon.