

étendue sur le dos, prostrée: les lèvres et les pommettes sont cyanosées, la peau visqueuse, les extrémités froides, le pouls incomptable; la langue est rôtie, la respiration est très fréquente, la température est à 36°,5.

Une diarrhée fétide souille la malade, qui fait sous elle. Le ventre est douloureux, hyperesthésié, modérément tympanisé. Il n'y a ni hoquet ni vomissements. La malade étant presque en collapsus répond à peine aux questions. Toutefois, on arrive à savoir qu'elle est malade depuis huit jours et la maladie aurait débuté par une angine. En présence de cette adynamie avec diarrhée, ventre ballonné et douloureux, on pense à une fièvre typhoïde avec collapsus cardiaque. On a appris plus tard, par les parents, l'existence des vomissements porracés avec constipation opiniâtre. La malade meurt dans la nuit.

A l'autopsie, on trouve une péritonite avec 600 grammes de pus; ce pus est louche, mal lié. Une couche minime de fibrine enveloppe les anses intestinales. Malgré toutes les recherches, *il est impossible* de trouver une lésion qui puisse expliquer la péritonite. Tous les organes sont sains. Il s'agit donc d'une péritonite *primitive*. L'examen bactériologique a démontré que cette péritonite primitive était *streptococcique*. L'angine avait-elle été la porte d'entrée du microbe? C'est possible.

L'observation suivante a été publiée par Meunier<sup>1</sup>. Une jeune fille entre dans le service de Millard. L'avant-veille de son entrée à l'hôpital elle a été prise brusquement d'un violent frisson suivi de céphalalgie, d'abattement, de vomissements répétés et de diarrhée intense. Dans la nuit, éclate le délire; l'agitation est extrême, les règles, qui avaient débuté deux jours auparavant, s'arrêtent brusquement. Le lendemain (deuxième jour), vomissements, diarrhée, douleurs abdominales. Le troisième jour, aggravation et entrée à l'hôpital. Dès le premier examen, la prostration de la malade rend l'interrogatoire fort difficile et ne permet pas de loca-

1. *La Presse médicale*, 29 septembre 1894.

liser l'origine et la nature de cet état infectieux. Les lèvres sont fuligineuses, le facies est vultueux, la parole brève, haletante, le pouls est à 156, la température à 38°,7. Le ventre un peu ballonné est légèrement sensible à la pression dans la fosse iliaque gauche. Une diarrhée tout à fait liquide souille la malade à son insu. Rien à l'auscultation du cœur et des poumons. Pendant la nuit, même état et délire. Le lendemain de l'entrée à l'hôpital (quatrième jour de la maladie), prostration complète, sueurs froides, visage cyanosé. Le surlendemain (cinquième jour de la maladie), les événements se précipitent et la malade succombe.

A l'autopsie, on trouve une péritonite aiguë séro-purulente; fausses membranes peu épaisses sans adhérence ni agglutination. Dans le creux pelvien, 200 à 300 grammes de liquide louche non fétide. On ne trouve *nulle part* une lésion qui puisse expliquer cette péritonite. Il s'agit donc d'une péritonite d'apparence *primitive*.

Les recherches bactériologiques ont porté sur un échantillon de liquide péritonéal prélevé une heure après la mort. A l'examen direct, après coloration au violet de gentiane, on a constaté d'innombrables chaînettes de stéroptocoques; chaînettes de 15 à 20 grains, petits et gros, résistants au Gram. L'ensemencement sur gélose a donné une riche culture ayant tous les caractères des colonies de streptocoques. Tous les essais positifs ont fourni du streptocoque. La péritonite suraiguë à laquelle cette jeune fille a succombé était donc une péritonite streptococcique primitive.

Toutefois, l'épithète de primitive n'est peut-être pas rigoureusement applicable à ce cas, car, ainsi que l'a fait remarquer Meunier, on a pu soupçonner ici la cause et l'origine de l'infection péritonéale. En effet, cette jeune fille était domestique et donnait ses soins à une dame atteinte d'érysipèle de la face; cet érysipèle avait les caractères d'une infection très virulente: fièvre violente, envahissement de la face et du cuir chevelu, suppuration et complications oculaires qui avaient nécessité une intervention chirurgicale. Sur ces entrefaites, apparition des règles chez la domestique,

« qui emploie pour se garnir une serviette dont elle se servait quotidiennement pour s'essuyer les mains après les pansements faits à sa maîtresse ». C'est dans ces conditions que la jeune fille, sortie quelques heures pour prendre l'air, est subitement prise d'un frisson violent accompagné de céphalalgie et de vomissements. Ramenée chez elle en voiture, elle se couche; la fièvre, la diarrhée, l'agitation, le délire éclatent, les règles s'arrêtent brusquement, et, ainsi que je le disais il y a un instant, la mort survient en cinq jours.

Il est vraisemblable que, dans le cas actuel, c'est le streptocoque très virulent de l'érysipèle qui a été l'agent pathogène de la péritonite, ce streptocoque ayant été véhiculé par la serviette contaminée dont s'est garnie la jeune fille au moment de ses règles. Cette pathogénie est fort acceptable, car nous savons, d'une part, qu'un même agent pathogène, le streptocoque, peut déterminer l'érysipèle et la purulence (Widal), et nous savons, d'autre part, que la contagion immédiate par la muqueuse utérine peut se faire pendant la menstruation à la faveur de la plaie menstruelle (Dolérès). Du reste, ce cas d'infection péritonéale streptococcique consécutive à une infection érysipélateuse est à rapprocher des idées autrefois émises par mon illustre maître Trousseau<sup>1</sup>. Devançant les notions actuelles, Trousseau avait écrit un admirable chapitre sur les connexions qui existent entre l'état puerpéral, l'érysipèle et la péritonite; il avait même remarqué que l'enfant nouveau-né atteint d'érysipèle de la face peut succomber à la péritonite.

Il est intéressant d'assimiler à l'observation de Meunier deux cas de Tarnier qui démontrent également que la plaie menstruelle, l'utérus étant d'ailleurs absolument sain, peut être la porte d'entrée d'une infection péritonéale ou de septicémie. Tarnier rapporte dans sa thèse que, pendant une épidémie de fièvre puerpérale, deux élèves sages-femmes, au moment de leurs règles, furent prises de septicémie avec

1. Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 187.

frissons, fièvre et symptômes nerveux; l'une des deux mourut de péritonite, et le diagnostic fut vérifié à l'autopsie.

J'ai encore à citer deux observations de péritonite primitive à streptocoques. La première est de Cornil<sup>1</sup>. Le 26 janvier 1901, on reçoit d'urgence à l'Hôtel-Dieu, à 10 heures du soir, une femme de cinquante-six ans, qui marchait pliée en deux, tant elle souffrait du ventre; les douleurs duraient depuis trois jours. Dans le service de chirurgie où elle fut admise, on pensa d'abord à une appendicite ou à un iléus. La malade avait le facies grippé, le pouls filiforme, les extrémités couvertes de sueur froide; la température était à 37. Le ventre était ballonné, très douloureux à la palpation, sans épanchement liquide appréciable. On ne trouvait pas de douleur limitée au point de Mac Burney. Rien aux organes génitaux. La malade avait eu la veille des nausées, des vomissements et deux selles liquides. On posa le diagnostic de péritonite, sans qu'on pût en déterminer la cause. La malade était dans un tel état de prostration, qu'on ne pouvait songer à l'opérer. Le lendemain 27, à six heures du matin, Celos, interne du service, est appelé auprès de la malade, qui venait d'avoir une hématomèse très abondante; les draps du lit et le parquet étaient souillés d'un liquide noirâtre analogue à du marc de café. La mort survint quelques instants après.

À l'autopsie, on trouve une péritonite aiguë caractérisée par la rougeur diffuse du péritoine pariétal, les anses de l'intestin grêle sont congestionnées et recouvertes par places de minces fausses membranes fibrineuses infiltrées de pus. Il n'y a pas de gaz; le liquide n'est pas en quantité appréciable. L'appendice est normal; les organes génitaux sont sains. L'estomac ne contient pas de sang; sur la muqueuse existent quelques petites ecchymoses. L'examen bactériologique décèle la présence de streptocoques en chaînettes non capsulés. Une souris inoculée avec le bouillon de cul-