

ture meurt en douze heures ; son sang contient des diplocoques sans capsules. « Nous avons donc eu affaire, dans cette observation, à une *péritonite purulente à streptocoques primitive*, ou du moins, sans que nous ayons pu en découvrir la cause, péritonite infectieuse avec hématomérose très abondante. »

Je termine cet exposé par l'observation de Leyden<sup>1</sup>, qui date de 1884, et qui est le premier cas de péritonite streptococcique primitive confirmé par la bactériologie : une jeune femme est prise, le 28 janvier, de frissons, de vomissements verts, abondants et répétés, et de vives douleurs en différentes régions de l'abdomen. La malade ne sait à quoi attribuer son état ; on n'en trouve pas la cause. Trois jours plus tard, le 31 janvier, on la transporte à l'hôpital. La fièvre est peu élevée, les vomissements verdâtres persistent, l'abattement est grand, la voix est faible, la respiration est superficielle et fréquente. Le ventre est ballonné. Les douleurs sont vives, surtout aux hypocondres. Les selles sont diarrhéiques, les urines albumineuses. La température est à 38°,2, le pouls à 116. Dans la nuit du 31 janvier, les vomissements verdâtres se répètent plusieurs fois en abondance.

Le 1<sup>er</sup> février, la malade a les yeux excavés et le pouls très petit. Le ventre est très douloureux. L'ingestion de la moindre quantité de liquide est suivie de vomissements. La respiration est à 44, le pouls à 144. La nuit suivante, la malade est en plein délire. Le matin, le collapsus est complet, le pouls est à peine perceptible, les extrémités sont froides, le visage est décomposé, la mort arrive à sept heures du soir. Le diagnostic porté était le suivant : péritonite diffuse ; toutefois la persistance de la diarrhée fit penser à une fièvre typhoïde avec perforation de l'intestin.

L'autopsie démontra qu'il s'agissait, non pas d'une fièvre typhoïde, mais d'une péritonite généralisée. Le liquide péritonéal est abondant, purulent, sans odeur ; il contient quel-

1. Cette observation est consignée dans la thèse de M. Herrenschildt. *Streptococcie péritonéale par apport vasculaire*, Paris. 1900.

ques flocons fibrineux. Les intestins et l'épiploon sont recouverts de dépôts fibrino-purulents. L'estomac, l'intestin, l'appendice, ne présentent aucune lésion ; tous les organes sont sains. On émet l'opinion que cette péritonite purulente généralisée est primitive. L'examen bactériologique décele la présence du streptocoque à chaînettes droites et courbées.

Toutes les observations précédentes concernent des péritonites streptococciques, à évolution très rapide, à pronostic extrêmement grave. J'ai réservé une place à part au cas exceptionnel de Lorrain qui diffère des autres par la bénignité relative, par la marche lente de la maladie, et par l'heureuse terminaison qui succéda à une double opération. Voici cette observation<sup>1</sup> :

Une fillette de huit ans entre le 21 novembre 1896 dans le service de d'Heilly. Cette enfant n'a pas eu de maladies antérieures. Sa mère est morte *en couches* il y a une quinzaine de jours. La fillette est malade depuis trois semaines ; on n'a sur son compte aucun renseignement précis : le père étant occupé auprès de sa femme mourante. Ce qu'on sait, c'est qu'elle souffrait du ventre, et un médecin qui la vit plusieurs fois porta le diagnostic de fièvre typhoïde. Actuellement, l'enfant se plaint toujours du ventre ; elle est amaigrie, la peau est sèche, le nez légèrement pincé, les yeux sont excavés. Le ventre est ballonné, dur, la pression est douloureuse et détermine la défense musculaire.

Nulle part on ne sent ni tumeur ni empatement. La fosse iliaque droite est libre. La rate n'est pas grosse, on ne trouve pas de taches rosées lenticulaires. La malade a des alternatives de diarrhée et de constipation, elle a quelques vomissements. A l'auscultation, les poumons et le cœur sont normaux. Les urines sont albumineuses. La température oscille entre 37 et 38°,5. L'état général est mauvais. Les jours suivants, pas de changement ; les vomissements cessent, mais la diarrhée persiste. Le ventre reste ballonné

1. *La Presse médicale*. 24 septembre 1898.

et douloureux à la pression. En présence de ces symptômes : amaigrissement, fièvre vespérale, diarrhée, ballonnement du ventre, on pense à une entérite tuberculeuse avec propagation probable au péritoine.

Le 2 décembre, on perçoit dans la fosse iliaque gauche une masse dure qui augmente rapidement de volume et gagne la surface. Le 6 décembre, la tumeur est nettement localisée à la fosse iliaque gauche, elle n'est pas douloureuse. Le 7 décembre, l'opération est pratiquée par Brun.

On trouve une collection purulente enkystée. Le pus est jaunâtre, sans odeur, bien lié. On ne constate pas de fausses membranes. La quantité de pus évacué est évaluée à un litre. Les jours suivants, la température fait de grandes oscillations, 40°,2 le soir et 37°,2 le matin. A dater du 1<sup>er</sup> janvier, on sent dans la fosse iliaque droite une induration. On pratique alors une deuxième opération; on trouve l'appendice sain, mais le cæcum est adhérent à l'intestin grêle. Après quelques incidents, entre autres la rougeole, l'enfant quitte l'hôpital complètement guéri.

Il est certain que cette péritonite rappelle absolument la péritonite pneumococcique; l'enkystement de la poche purulente, la nature du pus bien lié, la lenteur de l'infection péritonéale, la bénignité relative de la péritonite, la guérison, tout cela diffère des notions que nous possédons sur la péritonite streptococcique. Et cependant la bactériologie a prouvé que cette péritonite était streptococcique. L'examen direct du pus sur lamelles a démontré la présence de diplocoques en chaînettes restant colorés par le Gram, et l'absence d'autres espèces microbiennes. Le pus, ensemencé sur bouillon et sur gélose, a donné au bout de vingt-quatre heures des cultures pures de streptocoques. L'inoculation des cultures au lapin a déterminé une infection à streptocoques. On doit donc admettre dans le cas actuel, et par exception, une péritonite streptococcique primitive relativement bénigne.

**Description.** — Étudions maintenant dans son ensemble la *péritonite streptococcique primitive*. Elle est beaucoup plus rare que la péritonite pneumococcique primitive. De plus, la péritonite streptococcique mérite moins bien que la péri-

tonite pneumococcique l'épithète de primitive. Si l'on veut bien se reporter au chapitre de la péritonite pneumococcique primitive, on y voit que dans presque tous les cas, surtout chez les enfants, il est impossible de constater la porte d'entrée du pneumocoque qui va provoquer la péritonite; celle-ci éclate en pleine santé, sans qu'il soit possible de trouver trace de la petite lésion qui a ouvert la porte à l'infection.

Il n'en est pas toujours de même pour la péritonite streptococcique dite primitive. Certes, dans bien des cas, cette dénomination de primitive lui est parfaitement applicable en ce sens que la péritonite éclate chez un sujet bien portant, sans que l'examen le plus minutieux puisse faire découvrir chez lui la source initiale de l'infection. Ainsi, dans les deux cas de Cornil et de Leyden, la dénomination de primitive persiste dans toute son intégrité. Dans notre cas et dans celui de Milian et Herrenschildt, la péritonite streptococcique était également primitive; peut-être pourrait-on incriminer l'amygdale comme porte d'entrée de l'infection; mais c'est là une simple hypothèse. Dans le cas de Meunier, la péritonite streptococcique était primitive, en ce sens qu'il n'a été possible de trouver nulle part une lésion qui aurait pu lui donner naissance, mais en réalité, il est bien vraisemblable qu'elle était due au transport du streptocoque de l'érysipèle par une serviette contaminée. Dans le cas de Lorrain, la péritonite streptococcique peut être considérée comme primitive, car elle n'a été engendrée par aucune lésion; toutefois, 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 dans le cas de Meunier, n'en est pas moins acceptable.

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 parfois étendues et multiples; mais elle est rarement généralisée; 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, «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. Le hoquet est rare dans les deux cas.

J'appelle tout spécialement l'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. Parfois, même, la diarrhée a faussement 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 périto-

nite 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. A part quelques exceptions, 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 toxifinfection reste longtemps abdominale, sans retentir sur le reste de l'économie, tandis qu'au cas de péritonite streptococcique, la toxifinfection est d'emblée terrible; ce qui domine, c'est l'empoisonnement rapide, qui aboutit, en quelques jours, au collapsus, au coma et à la mort.

Ce parallèle entre les péritonites pneumococcique et streptococcique primitives s'applique à la grande majorité des cas. Néanmoins, il y a des exceptions. 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 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. Des cas de ce genre sont exposés au chapitre de la péritonite pneumococcique.

Le seul *traitement* de la péritonite primitive streptococcique est l'intervention chirurgicale *hâtive*. Il faut opérer *aussitôt que possible*, sans renvoyer au lendemain. Si l'opération est faite en temps voulu, on peut espérer la guérison.

#### § 6. CANCER DU PÉRITOINE — PÉRITONITE CANCÉREUSE

*Étiologie.* — L'épiploon est le seul repli péritonéal qui puisse être atteint de cancer primitif; quant au cancer du