

à lui l'intestin grêle. Cette agglomération des anses intestinales réunies en paquet peut simuler une tumeur siégeant au-dessous de l'ombilic. Les fausses membranes peuvent déterminer par compression une thrombose de la veine porte¹.

On rencontre parfois des perforations intestinales et des communications entre deux anses intestinales accolées. Exceptionnellement, quand les adhérences n'ont pas eu le temps de s'établir, la rupture d'une ulcération intestinale peut provoquer une péritonite suraiguë.

Le liquide épanché dans le péritoine n'atteint pas en général de fortes proportions, parfois même il fait complètement défaut. Ce liquide est séreux, séro-purulent, floconneux, il s'enkyste dans la partie déclive et devient caséux. Il n'est pas rare que le liquide prenne une teinte hémorragique. Quelquefois il se fait de véritables hémorragies dans le péritoine. Baumgarten rapporte un cas où l'hémorragie avait été assez abondante pour former de gros caillots dans la cavité abdominale.

Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques participent toujours au processus tuberculeux. Les ganglions sont quelquefois si volumineux (phthisie mésentérique) qu'ils peuvent, par compression de la veine cave, déterminer l'œdème des membres inférieurs. On découvre souvent des tubercules dans les autres organes de l'abdomen (foie, rate, organes génitaux chez la femme, vessie et uretères chez l'enfant). Les poumons renferment souvent des tubercules, mais peu abondants et peu avancés en âge. Quand les lésions tuberculeuses aboutissent au processus scléreux, *fibro-adhésif*, on trouve une symphyse presque complète entre les intestins et la paroi abdominale, le grand épiploon tendu et rétracté refoule en arrière le colon transverse et l'estomac, le mésentère se ratatine et attire à lui l'intestin grêle en favorisant l'occlusion intestinale.

Description. — Cette péritonite tuberculeuse est presque

1. Achard. *Arch. de physiol.*, 1884.

toujours *chronique d'emblée*, et l'on peut dire qu'à quelques exceptions près, et en dehors du cancer, elle résume l'histoire de la péritonite chronique généralisée. Sur douze cas de péritonite chronique, dit Grisolle, onze fois la péritonite était tuberculeuse. Cette maladie frappe principalement les jeunes gens et les adultes, non pas les phthisiques avancés, mais de préférence ceux qui sont au début de la phthisie; il en résulte que les lésions abdominales prennent une *importance dominante*, et la péritonite tuberculeuse paraît être la maladie tout entière, alors qu'elle n'est parfois qu'un épisode saillant de la phthisie.

Dans quelques cas, la péritonite tuberculeuse chronique est précédée d'une phase aiguë ou subaiguë (forme ascitique, forme granulique); mais habituellement, je le répète, elle est *chronique d'emblée*. Les malades se plaignent de douleurs abdominales avec alternatives de diarrhée et de constipation; le ventre est sensible à la pression, on constate du météorisme et de l'ascite. L'épanchement péritonéal n'est pas abondant; en explorant l'abdomen on a la sensation de *dureté, d'empatement*, surtout aux régions ombilicale et hypogastrique, parfois même on perçoit des indurations qui sont dues à l'agglutination des anses intestinales (*gâteau péritonéal* de la région ombilicale): l'épaississement fibroïde de l'épiploon donne naissance à la *corde épiploïque* étendue transversalement d'un hypochondre à l'autre. Le liquide se déplace difficilement dans la cavité péritonéale, il est souvent enkysté par les fausses membranes. Dans les points où les membranes glissent les unes sur les autres, on perçoit au toucher et à l'auscultation une sorte de *froissement*.

Dès le début, les *fonctions digestives* sont altérées (vomissements, diarrhée, lientérie); l'appétit se perd et l'amaigrissement fait des progrès. Les autres symptômes généraux, fièvre, sueurs, œdèmes, cachexie, s'observent surtout quand la phthisie pulmonaire est concomitante de la péritonite tuberculeuse.

La *marche* et la *durée* de la maladie dépendent beaucoup

de l'état des poumons. La péritonite tuberculeuse chronique a une marche lente, entrecoupée parfois de poussées subaiguës; elle dure de un à deux ans; la mort en est souvent la conséquence : toutefois la *guérison est possible*, surtout lorsque la tuberculose reste localisée à l'abdomen, le poumon restant indemne ou à peu près indemne.

Abcès péritonéaux et phlegmon stercoral. — Au cours de la péritonite chronique, des clapiers purulents, des abcès péritonéaux peuvent se former en différentes régions, au voisinage du foie (périhépatite), au voisinage de la rate (périsplénite), au voisinage du cæcum (pérityphlite), dans le bassin (pelvipéritonite), dans l'épiploon (épliploite), entre deux anses intestinales. Ces abcès péritonéaux, enkystés, contiennent du pus et des matières caséuses. Ils peuvent évoluer silencieusement, sans fièvre, à la façon d'un abcès froid; souvent la fièvre se déclare avec frissons, exaspérations vespérales, douleurs, vomissements. Ces poussées infectieuses peuvent se terminer par résolution et guérir, mais plus souvent elles aboutissent à la perforation d'un organe voisin et à l'évacuation du foyer par l'iléon, par le côlon, par le cæcum, par les bronches (Caussade).

Dans quelques cas les matières intestinales pénètrent dans le clapier ouvert, il en résulte un phlegmon stercoral qui peut s'ouvrir à la région ombilicale ou en d'autres régions. Ces ouvertures à la peau sont souvent l'origine de fistules qui donnent passage à des matières fécales et purulentes.

Occlusion intestinale. — Lejars, étudiant les causes de l'arrêt stercoral au cours de la péritonite tuberculeuse, admet quatre modalités que nous allons passer en revue¹ : Dans une première variété, l'occlusion intestinale est due à une *bride* qui étrangle l'intestin; la bride est une de ces adhérences scléreuses, fibroïdes, si fréquentes au cours de la péritonite tuberculeuse. L'étranglement se fait sur l'intestin

1. Lejars. L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. *Gaz. des hôpit.*, 5 décembre 1891.

grêle ou sur le gros intestin. Cette occlusion intestinale par bride peut survenir à toutes les périodes de la péritonite tuberculeuse, elle peut être le premier indice d'une péritonite tuberculeuse qui jusque-là évoluait silencieusement, à l'état latent (observation de Kummel); elle peut enfin survenir, la péritonite tuberculeuse étant guérie, la bride fibreuse étant un reliquat de cette péritonite. J'ai été témoin d'un fait de ce genre : une jeune femme avait été opérée et guérie d'une péritonite tuberculeuse par G. Marchant; quatre ans plus tard cette femme vient dans mon service à l'hôpital Necker pour une occlusion intestinale; je la fais opérer par Routier, qui trouve un étranglement dû à une bride, et la malade guérit.

Dans une deuxième variété, il s'agit d'occlusion intestinale par *coudure* de l'intestin; Lejars en a fait reproduire une planche fort démonstrative : l'intestin est à cheval sur une bride et l'occlusion en est la conséquence; ici encore les symptômes d'occlusion furent le premier signal d'une péritonite tuberculeuse qui évoluait à l'état latent.

Dans une troisième variété l'occlusion est due à une agglutination en paquet des anses intestinales. Dans ce paquet intestinal il y a des adhérences, des brides, des coudures, des compressions par masses tuberculeuses ou par collection enkystée. L'intervention chirurgicale, si favorable dans les variétés précédentes, est ici rarement suivie de succès.

Dans une dernière variété il s'agit de paralysie intestinale; les matières fécales ne cheminent plus faute de contractilité de l'intestin; c'est un pseudo-étranglement, si fréquent du reste, dans toutes les variétés de péritonite.

Les symptômes d'occlusion intestinale, au cours de la péritonite tuberculeuse, sont brusques ou lents dans leur apparition (Lejars). L'occlusion à début brusque survient presque toujours comme le premier signal d'une tuberculose latente du péritoine. « Le malade est pris brusquement d'occlusion intestinale, rien ne peut faire soupçonner chez lui une péritonite tuberculeuse; on ouvre le ventre, et on

trouve une bride, une coudure, une paralysie de l'intestin, un semis de granulations tuberculeuses surtout sur le feuillet pariétal du péritoine. » Tout ceci nous prouve, une fois de plus, que les péritonites tuberculeuses *latentes* sont loin d'être rares pendant la première phase de leur évolution.

Les symptômes de l'occlusion brusque sont l'arrêt complet des matières et des gaz, le ballonnement du ventre, les vomissements de toute nature y compris les vomissements fécaloïdes, les douleurs abdominales, l'abaissement de la température. Néanmoins le tympanisme abdominal et les vomissements fécaloïdes peuvent manquer si l'occlusion intestinale siège très haut, au duodénum par exemple, comme dans un cas de Lejars.

L'occlusion intestinale à *forme lente* s'observe surtout quand la péritonite tuberculeuse est confirmée; elle se fait par poussées, par étapes; elle débute par la constipation, elle continue par le tympanisme; elle subit un temps d'arrêt, à chaque nouvelle poussée; la situation s'aggrave, et l'occlusion se complète. Cette forme lente est presque toujours due à l'agglutination d'un paquet intestinal, elle offre donc bien moins de chance à l'opérateur que la variété précédente.

Diagnostic. — Le *diagnostic* de la péritonite tuberculeuse chronique est fort difficile au début, il est encore fort difficile plus tard, lorsque les parois abdominales se déforment, lorsque les indurations apparaissent, avec ou sans épanchement ascitique. Parfois, la péritonite tuberculeuse est si insidieuse à son début, le sujet chez lequel elle se développe semblait jouir d'une telle santé, les poumons paraissaient en si bon état, qu'on ne peut se résoudre à admettre l'existence d'une péritonite tuberculeuse.

On verra plus loin, au sujet des kystes hydatiques du péritoine, que le diagnostic avec la péritonite tuberculeuse est parfois fort difficile.

On ne confondra pas la péritonite chronique tubercu-

leuse avec la péritonite des alcooliques¹, avec les très rares péritonites des brightiques².

Lorsque l'épanchement est abondant, on peut croire à une ascite symptomatique d'une *cirrhose atrophique* du foie. Mais dans la cirrhose, l'ascite n'est pas cloisonnée, la fluctuation n'est pas limitée, la circulation collatérale est développée, le foie est petit, la rate est hypertrophiée; d'autre part, dans la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse, l'épiploon induré et revenu sur lui-même donne parfois la sensation d'une corde tendue transversalement dans la région ombilicale (Aran). Enfin, il faut savoir que péritonite tuberculeuse et tuberculose cirrhotique du foie peuvent coïncider. Dans ce cas le diagnostic est particulièrement difficile (Hanot)³.

Dans la forme sèche de la maladie, les paquets de fausses membranes, ou les amas d'anses intestinales agglutinées, peuvent simuler une tumeur solide, un kyste de l'ovaire par exemple. Le diagnostic avec un kyste ovarique, en général aisé, est dans certains cas entouré des plus grandes difficultés. Il suffit de rappeler à ce propos le cas célèbre de Spencer Wells, qui, pratiquant une laparotomie pour un kyste de l'ovaire, trouva une péritonite tuberculeuse; on évacua le liquide, la plaie fut suturée et la malade guérit.

Le diagnostic doit être fait avec le cancer du péritoine. Dans ce dernier cas, la teinte jaune paille est caractéristique, les ganglions inguinaux sont très souvent développés, les douleurs abdominales sont vives, et s'il survient un épanchement, il est habituellement hémorragique.

Étiologie. — La péritonite tuberculeuse frappe principalement les enfants entre six et douze ans ainsi que les jeunes gens; elle n'est pas rare chez l'adulte, surtout chez les jeunes soldats; elle est exceptionnelle chez le vieillard.

1. Leudet. Lésions du péritoine chez les alcooliques. *Gaz. hebdom.*, 1879.

2. Delpuech. Péritonites chroniques dites simples. *Arch. de méd.*, janvier 1884.

3. Voyez le chapitre consacré à la tuberculose du foie.

La misère, le surmenage, une alimentation insuffisante, les traumatismes de la région abdominale (cas de Broussais, de Cruveilhier, de Gérard Marchand), les refroidissements, l'alcoolisme, sont autant de causes favorisant l'éclosion de la maladie.

La péritonite tuberculeuse est due au bacille de Koch. Mais comment le bacille tuberculeux arrive-t-il dans le péritoine ?

Lors de la discussion que j'ai entreprise à ce sujet, dans mon cours à la Faculté, je suis arrivé aux mêmes conclusions que Marfan : il semble au premier abord que les ulcérations tuberculeuses de l'intestin soient la voie la plus naturelle ouverte au développement de la péritonite tuberculeuse, cette opinion a été soutenue par beaucoup d'auteurs (Grancher, Kœnig), et cependant je ne peux adopter cette pathogénie. Pour si paradoxale que semble cette assertion, je pense que ce n'est pas dans les lésions tuberculeuses de l'intestin que la péritonite tuberculeuse puise ses origines.

En effet, que nous enseigne la clinique ? Elle nous enseigne qu'on peut voir un bon nombre de malades atteints de péritonite tuberculeuse qui ne présentent aucun des symptômes de l'entérite tuberculeuse ; et par contre on voit un bon nombre de phthisiques atteints d'entérite tuberculeuse qui ne sont nullement atteints de péritonite.

Que nous enseigne l'anatomie pathologique ? Elle nous enseigne que le plus grand nombre des phthisiques qui succombent avec des ulcérations tuberculeuses intestinales, n'ont ni péritonite généralisée, ni péritonite partielle ; on trouve bien au niveau de leurs ulcérations tuberculeuses intestinales, des traînées de lymphangite tuberculeuse, on trouve bien, des chaînes de ganglions mésentériques volumineux, caséux, mais de péritonite point, ou du moins on ne constate que des ébauches insignifiantes de péritonite. En faveur de cette assertion, je ne connais pas de plus puissant argument que le travail de Tchistovitch. Dans son mémoire sur la tuberculose intestinale de l'homme, Tchis-

tovitch¹ ne s'occupant nullement de tuberculose péritonéale, recherche comment se fait l'infection intestinale et comment s'opère la migration des bacilles tuberculeux à travers les parois intestinales, en suivant la voie des lymphatiques. Or, en lisant la relation des dix autopsies sur lesquelles est basé ce travail, je vois que sur ces dix cas, sept fois, l'intestin (iléon, cæcum, gros intestin) était le siège d'ulcérations tuberculeuses profondes, étendues, serpigineuses, et justement dans ces sept cas, en apparence favorables au développement d'une péritonite tuberculeuse, la péritonite faisait absolument défaut, tandis que dans les trois autres cas où l'on ne constatait aucune lésion tuberculeuse de l'intestin, il y avait péritonite tuberculeuse ; il est vrai que dans ces trois derniers cas, on constatait également de la pleurésie tuberculeuse (tuberculose pleuro-péritonéale).

De l'examen attentif de ces dix autopsies je tire donc les conclusions suivantes : La péritonite tuberculeuse chronique n'est pas engendrée par la tuberculose intestinale, le processus qui lui donne naissance suit un autre chemin, c'est le plus souvent le chemin des tuberculoses pleuro-péritonéales, de séreuse à séreuse, de plèvre à péritoine, par voie lymphatique à travers le diaphragme.

Traitement. — Il est une notion dont il faut se bien pénétrer, c'est que la péritonite chronique tuberculeuse, surtout quand elle est primitive, guérit assez souvent, sans intervention chirurgicale, par l'hygiène et par les soins médicaux (suralimentation, injections de cacodylate de soude, etc.). Et quand je dis que la péritonite chronique tuberculeuse est assez souvent curable par les moyens médicaux et hygiéniques, je ne fais pas seulement allusion aux péritonites à forme ascitique, beaucoup plus communes et beaucoup plus bénignes chez les jeunes sujets de la seconde enfance, je fais également allusion à ces péritonites tuberculeuses des adultes présentant, outre le liquide péritonéal, des lésions fibro-caséuses de l'épiploon et du mésentère,

1. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1889, p. 209.

des épaisissements 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 péri-ombilicale 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 Hammonic 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 Legueu¹, à qui j'emprunte les conclusions suivantes : La forme *ascitique* des péritonites tuberculeuses chroniques et subaiguë est naturellement celle où l'on obtient les meilleurs résultats : chez l'enfant au-dessous de quinze ans, 40 opérations ont donné 35 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 récurrence a été observée 17 fois.

La forme fibro-caséuse de la péritonite chronique tuber-

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

culieuse 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, Debove¹ 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, Rendu² rapporte un cas de tuberculose péritonéale guérie par des injections de naphtol camphré. En 1895, Caubet³ 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 pleurésie¹ 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 Boulay², 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 cas¹ :

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'adulte¹, 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 Sevestre² concernent deux fillettes, l'une de sept ans, l'autre de huit ans. Dans l'observation de Moizard³, la fillette a sept ans. L'observation de Gaillard⁴ concerne une fillette de onze ans. Les cinq observations de Brun⁵ concernent des fillettes de quatre ans, de trois ans, de sept ans, de huit ans, de quatre ans et demi. Dans l'observation de Kirmisson⁶, l'enfant a sept ans. Les trois observations de Goriastckine⁷ 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 demi⁸. L'observation de Remy concerne un enfant de onze ans⁹.

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, 1895.
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 1895.
9. Remy et Courdoux. *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles* 30 avril 1896.

sieurs observations¹; d'autre part, la présence du pneumocoque ayant été constatée dans la cavité utérine (Boulay), « il est permis de se demander, dit Brun, si la péritonite pneumococcique ne pourrait pas, à la rigueur, reconnaître la même pathogénie que d'autres péritonites; passage du micro-organisme de l'utérus dans la cavité péritonéale par les lymphatiques ou par les trompes. Tout hypothétique qu'elle soit, cette opinion pourrait encore s'appuyer sur ce fait que, dans tous les cas où la localisation des lésions a été nettement indiquée, c'est toujours dans la partie inférieure de la séreuse, dans les fosses iliaques, dans le petit bassin qu'elles ont été rencontrées ». Pour si séduisante que soit cette théorie, elle ne rend nullement compte de péritonites pneumococciques observées chez les garçons.

La description que je vais entreprendre vise le cas le plus habituel, la péritonite pneumococcique primitive de l'enfant, car chez l'adulte la maladie se comporte un peu différemment, elle est plus souvent secondaire, elle est plus sujette aux complications extra-péritonéales, elle peut être accompagnée de thromboses multiples² (artères sylvienne, radiale, poplitée).

Un premier point domine la description de la péritonite primitive pneumococcique, c'est la brusquerie du début; elle éclate tout à coup, dans le cours d'une excellente santé, par une vive douleur de ventre, véritable *point de côté abdominal*, comparable au point de côté de la pneumonie. Reprenons les observations que j'ai rassemblées dans ma leçon clinique et nous trouvons presque partout ce début soudain, douloureux et fébrile: la petite malade, qui fait le sujet de mon observation, avait diné de bon appétit et s'était endormie tranquillement vers neuf heures, quand elle fut réveillée, vers deux heures du matin, par une très vive douleur abdominale bientôt suivie de vomissements.

1. A. Martin. *Propagation des affections vulvo-vaginales de l'enfance au péritoine*. Thèse de Paris, 1894.

2. Ménétrier et Legroux. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 13 juillet 1900.

— La fillette de la deuxième observation s'était couchée, elle aussi, bien portante; elle fut réveillée soudainement au milieu de la nuit par de violentes douleurs de ventre avec vomissements. — La petite malade de la troisième observation fut prise brusquement à son réveil d'une vive douleur abdominale suivie de vomissements. — La jeune enfant de la cinquième observation déjeunait de fort bon appétit quand, vers la fin du repas, elle éprouva une douleur abdominale si vive qu'on craignit une syncope; et ainsi de suite pour la plupart des observations: même début soudain avec douleurs de ventre et vomissements.

Supposez que cette douleur de ventre ait son siège dans les parages de la fosse iliaque droite, hypothèse qui s'est plusieurs fois réalisée, et vous conviendrez qu'au premier abord la péritonite pneumococcique, avec sa douleur et ses vomissements, simule singulièrement l'appendicite. Nous verrons plus loin comment on peut les différencier. Le début de la maladie est habituellement fébrile, parfois très fébrile: on a même comparé l'élévation brusque de la température (39 et 40 degrés) à l'élévation brusque et similaire de la température au cas de pneumonie. La comparaison n'est pas absolument justifiée, car s'il est des cas où la température de la péritonite pneumococcique¹ est d'emblée fort élevée, il en est d'autres, comme chez la fillette de notre observation où, pendant les deux premiers jours, la température n'a pas dépassé 37°,6.

Le début de la péritonite pneumococcique est encore caractérisé par des vomissements alimentaires et bilieux, qui ne manquent pour ainsi dire jamais et qui sont parfois répétés et incessants. Dans aucune des observations, chose étrange, je ne vois signalé le hoquet, ce symptôme si habituel à d'autres péritonites, et par contre, dans presque toutes les observations, une mention toute spéciale est réservée à la *diarrhée*, symptôme exceptionnel dans les autres variétés de péritonite. Sans que je puisse m'expliquer la

1. E. Cassaët. De la péritonite à pneumocoques. *Archives cliniques de Bordeaux*, 1896, n° 3, 4 et 5.