

cause de cette diarrhée qui fait partie des symptômes initiaux, il est certain que sa constance et ses caractères lui assignent une place importante dans la péritonite pneumococcique; elle a même, nous le verrons plus loin, une valeur prépondérante au point de vue du diagnostic. Consultons les observations: chez notre petite malade, la diarrhée apparaît dès le début de la maladie, elle est intense et ne disparaît qu'après une huitaine de jours. — Chez la fillette de la deuxième observation, la diarrhée survient en même temps que les vomissements, elle est verdâtre, très fétide, elle persiste pendant huit jours. — Chez la malade de la quatrième observation, la diarrhée fait partie des symptômes initiaux, et elle persiste alors que les vomissements ont cessé. — Chez les enfants des quatrième, sixième et septième observations, nous trouvons encore la diarrhée, marquant le début de la maladie, avec les douleurs de ventre et les vomissements.

On peut dire, par conséquent, que la douleur de ventre (le point de côté abdominal), les vomissements et la diarrhée, avec fièvre plus ou moins élevée, forment le *syndrome* soudain et caractéristique de la péritonite à pneumocoques; la connaissance de ce syndrome simplifie beaucoup le diagnostic. Parfois cependant, le diagnostic de la péritonite pneumococcique à ses débuts n'est pas exempt de difficultés, surtout parce qu'on n'y pense pas assez. Ce début simule assez bien l'appendicite et, dans la plupart des observations, c'est tout d'abord à l'appendicite qu'on a songé; cela est d'autant plus compréhensible, que le jeune âge auquel on voit la péritonite pneumococcique est également l'âge le plus favorable à l'appendicite; néanmoins, en y regardant de près, il y a quelque différence entre ces deux affections: les douleurs de la péritonite pneumococcique, quoique pouvant débiter par la région iliaque, n'ont habituellement, ni la netteté, ni la localisation précise des symptômes appendiculaires au point de Mac Burney; de plus, la diarrhée, qui ne manque presque jamais au début de la péritonite pneumococcique, est absolument rare au cas d'appendicite.

Tels sont les symptômes et tel est le diagnostic de la péritonite pneumococcique à ses débuts. Suivons-la maintenant dans son évolution.

Évolution de la péritonite pneumococcique. — Pendant quelques jours, les symptômes restent sensiblement les mêmes; souvent la fièvre est assez forte et la température avoisine 39 degrés, les douleurs abdominales persistent ou se modèrent, les vomissements deviennent plus rares et cessent, mais généralement la diarrhée continue. L'enfant arrive ainsi au quatrième, cinquième, sixième jour de sa maladie, avec fièvre, diarrhée, douleurs abdominales, ballonnement du ventre et, si l'on n'a le soin de s'orienter en faisant appel au *syndrome du début*, on ne peut se défendre de l'idée de la fièvre typhoïde, idée que nous trouvons émise dans bon nombre d'observations. Il faut convenir que ce diagnostic serait parfois assez embarrassant, au moins pendant quelques jours, si le séro-diagnostic de Vidal ne levait tous les doutes.

La maladie continuant son évolution, de nouveaux symptômes apparaissent. A cette phase, la fièvre a quelquefois disparu; elle a même pu cesser avec la brusquerie de la défervescence pneumonique; toutefois, cette défervescence brusque, considérée par quelques auteurs comme un des signes de la péritonite pneumococcique, manque dans bon nombre de cas; elle n'existait pas chez notre fillette. A mesure que le ventre se tuméfie, la matité se cantonne habituellement à la région hypogastrique et aux flanes; la palpation dénote l'empatement et la rénitence des mêmes régions et on y perçoit du liquide. Alors le diagnostic de péritonite s'impose; si cette péritonite se circonscrit à la région ilio-inguinale droite on revient volontiers au diagnostic d'appendicite avec abcès péritonéal. Toutefois, il est un signe qui, à cette période de la maladie, donne un appoint au diagnostic, c'est le déplissement de l'ombilic (Brun), c'est la saillie et la rougeur du nombril, qui s'abcède et livre passage à une quantité de pus plus ou moins considérable.

Dans bien des cas, en effet, la péritonite à pneumocoques aboutit à une ouverture ombilicale. Trois, quatre, cinq semaines après le début de la péritonite, une saillie rougeâtre, luisante, fluctuante, du volume d'une noix, apparaît à la région ombilicale; si l'on n'intervient pas à temps, l'abcès s'ouvre et le pus péritonéal est évacué par un processus qui rappelle la vomique consécutive à la pleurésie métapneumonique; on pourrait dire en forçant l'analogie qu'il se fait là une vomique péritonéale. Le pus qui s'écoule est habituellement un pus verdâtre, crémeux, inodore et mélangé à des fausses membranes fibrineuses. L'ouverture spontanée à l'ombilic se retrouve dans la moitié des cas (observations de Brun, Moizart, Kirmisson, Pochon, Sevestre); elle pourrait être évitée si l'opération était faite à temps. On a même publié des cas où l'ouverture spontanée s'est faite non seulement à l'ombilic, mais au vagin (Brun, Pochon¹). Le liquide de la péritonite pneumococcique est quelquefois très abondant, puisqu'on a constaté jusqu'à trois litres dans le ventre de petits enfants de huit à dix ans. Mais ce liquide n'a pas, il s'en faut, la mobilité du liquide ascitique; il s'enkyste, il se collecte en foyers limités par d'épaisses fausses membranes; bien que parfois étendu à une partie de l'abdomen, l'enkystement du foyer est consigné dans toutes les observations.

Livrée à elle-même, la péritonite pneumococcique primitive peut guérir par évacuation spontanée du pus comme guérissent certaines pleurésies purulentes par vomique. Mais dans d'autres circonstances, moins favorables, elle détermine une infection pneumococcique, plus ou moins généralisée, pneumonie, pleurésie, endo-péricardite, otite, et la mort en est la conséquence. D'où le précepte d'opérer les péritonites à pneumocoques avant que l'infection ait eu le temps de se généraliser; c'est une condition essentielle de succès.

Dans quelques cas, la péritonite pneumococcique livrée à

1. Pochon. *La médecine infantile*, 15 juin 1895.

elle-même traîne en longueur; le pus ne se fait pas jour, le ventre reste volumineux, la fièvre reparait tous les soirs, l'enfant maigrit, se cachectise et prend les apparences d'un petit tuberculeux (Brun); on fait à tort le diagnostic de péritonite tuberculeuse et, faute de se renseigner ou faute d'opérer à temps, on laisse mourir le malade.

Telle est l'évolution de la péritonite à pneumocoques. J'ai déjà indiqué, chemin faisant, comment il est possible d'en faire le diagnostic à chacune des étapes de la maladie; je reviens en quelques mots, sur cette question. Début soudain, très vive douleur de ventre, vomissements alimentaires et bilieux, diarrhée abondante et fétide, élévation de température, tel est le *syndrome*, telle est l'entrée en scène de la péritonite à pneumocoques. Ce syndrome du début, on ne le retrouve guère dans d'autres maladies abdomino-péritonéales; il sera donc notre guide, quelle que soit la période à laquelle on ait à faire le diagnostic. Dès que le liquide péritonéal est appréciable, il faut en extraire quelques grammes au moyen d'une aspiration exploratrice, et rechercher le pneumocoque. Il serait préférable d'opérer sans retard.

La péritonite pneumococcique, ai-je dit, est souvent enkystée, la collection purulente occupant une grande loge ou plusieurs loges; c'est une notion que le chirurgien ne doit pas oublier au moment de l'opération. Dans un cas de Brun, la masse des viscères abdominaux était tapissée à sa face antérieure par une large fausse membrane plus épaisse sur ses parties latérales qu'à sa partie moyenne, circonscrivant une grande cavité suppurante qui s'étendait en haut et à gauche jusqu'au diaphragme, en haut et à droite jusqu'au bord antérieur du foie, et descendait dans le petit bassin jusqu'à la partie la plus déclive du cul-de-sac de Douglas. Dans un cas de Brault, la péritonite occupait la moitié inférieure droite de l'abdomen. Dans un cas de Sevestre, la péritonite opérée par Lucas-Championnière s'était enkystée au-dessous de l'ombilic. Dans un cas de Gaillard, la péritonite était cloisonnée, et Jalaguier eut plusieurs poches à ouvrir.

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-

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 Jalaguier. *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 Moizart; 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.

est peu ballonné, il n'est pas dur et rétracté comme dans les péritonites qui suivent la perforation de l'ulcus stomacal ou duodénal; il est douloureux à l'exploration, autant qu'on en peut juger par les plaintes de la malade. Arrêt des matières et des gaz. Au bas-ventre existent des traces récentes de sangsues. Par la vulve s'écoule une sérosité sanguinolente.

Je porte le diagnostic de péritonite suraiguë généralisée; l'utérus et les annexes paraissent sains; j'éloigne les hypotèses de péritonite appendiculaire et de péritonite consécutive à la perforation d'ulcères de l'estomac et du duodénum, j'écarte également l'idée d'une péritonite pneumococcique, vu la rapidité et l'intensité des accidents. Je fais injecter un litre de sérum artificiel et je prie Marion de pratiquer, séance tenante, la laparotomie. Le ventre ouvert, on tombe sur le grand épiploon qui est adhérent; au-dessous existe une nappe de pus, non fétide, bien lié mais peu épais. Les anses de l'intestin grêle ne forment pas de paquets recouverts de couenne épaisse comme dans la péritonite pneumococcique. L'appendice est sain. Dans le petit bassin, on trouve du pus autour de la trompe droite mais pas de poche salpingienne. Les annexes sont saines. L'utérus est normal; le cul-de-sac de Douglas est effacé par des adhérences molles et purulentes. On termine l'opération et l'on fait le pansement.

Dans la soirée, la température descend à 37, le pouls est mauvais, la malade est en collapsus. La nuit est très agitée, la température monte à 39 et la malade succombe le lendemain dans le coma.

À l'autopsie, nous trouvons une péritonite généralisée, mais on ne constate *nulle part* une lésion capable d'expliquer cette péritonite. Rien à l'estomac ni à l'intestin. L'utérus, les trompes et les ovaires sont sains. La vésicule biliaire et le foie sont normaux. Rien aux reins. Les organes de la cavité thoracique, cœur, plèvre et poumons, n'ont pas la moindre lésion. En résumé, aucune lésion nulle part, *péritonite primitive*.

L'analyse bactériologique du pus recueilli au moment de

l'opération a démontré à mon interne Griffon la présence unique du streptocoque (longues chaînettes flexueuses, sans capsule). Pas de trace de pneumocoque.

Le pus estensemencé sur gélose, en bouillon et en sérum de lapin. À la surface de la gélose poussent des colonies très fines, moins transparentes que les cultures de pneumocoque. Il n'y a pas d'autres colonies étrangères. Au microscope, on constate que ces colonies sont formées de streptocoque. Dans la culture en bouillon, on voit les grumeaux caractéristiques du streptocoque. En sérum de lapin, il ne pousse également que du streptocoque sous forme de longues chaînettes flexueuses sans capsules. Pas trace de pneumocoque. L'absence d'autre forme microbienne à l'examen direct du pus a dispensé de pratiquer des cultures anaérobies.

En résumé, cette femme a succombé en peu de jours à une péritonite streptococcique, le streptocoque étant ici à l'état de pureté, sans adjonction d'autres microbes. L'intensité des symptômes et l'évolution suraiguë de la maladie disent assez quelle devait être la virulence de l'infection.

Quelle avait été dans ce cas la porte d'entrée des agents pathogènes? peut-on incriminer l'angine que la malade avait eue quelques jours avant? N'ayant pas vu cette femme avant sa péritonite et n'ayant pas vérifié la phase angineuse dont on nous a parlé, je n'ose me prononcer sur cette pathogénie de l'infection péritonéale; toutefois, c'est là une hypothèse qui n'est pas à rejeter.

J'ai réuni quelques observations de péritonite streptococcique primitive qui ont, avec notre cas, de grandes analogies; elles vont nous servir à connaître dans tous ses détails cette terrible infection.

Le fait suivant a été publié par Milian et Herrenschildt¹. Le 15 juin 1899, à 11 heures du matin, on transporte dans le service de M. Landrieux, à l'hôpital Lariboisière, une jeune fille de dix-neuf ans, malade depuis quelques jours. On l'examine à 2 heures de l'après-midi. Elle est

1. *La Presse médicale*, 21 mars 1900.

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 Meunier¹. 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 localiser l'origine et la nature de cet état infectieux.

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 strophocoques ; 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,