

TRENTIÈME LEÇON

PÉRITONITE A PNEUMOCOQUES

- I. — Type classique de la péritonite suppurée à pneumocoques. Hésitation initiale du diagnostic avec une péritonite tuberculeuse. Diarrhée au début, épanchement mobile comme celui d'une ascite. Saillie, puis fistulisation de l'ombilic; sa valeur diagnostique.
- II. — Diagnostic avec l'appendicite. Forme diffuse grave, opposée à la forme enkystée relativement bénigne. Gravité d'une broncho-pneumonie intercurrente.
- III. — Diagnostic avec la péritonite à gonocoques. Les deux n'existent guère que dans le sexe féminin. Dans les deux cas, tant qu'il n'y a pas d'épanchement dans le péritoine, la laparotomie doit être différée. Guérison spontanée possible soit par résorption soit par évacuation. Il faut laparotomiser dès qu'il y a du pus.

Vous avez pu observer, dans notre salle Valleix, deux fillettes que j'ai opérées devant vous, tout récemment, d'une péritonite suppurée à pneumocoques : l'une le 18 mai dernier; l'autre en date du 12 mai. D'autre part, il y a quelques jours, le 11 mai, nous quittait entièrement guérie une enfant que j'avais opérée le 5 février. A l'aide de ces trois malades, et en vous rappelant l'histoire de celles que j'ai soignées depuis quelques années, nous allons aisément mettre en relief les principales particularités de cette lésion relativement assez rare.

I

Mon opérée du 12 mai est le type classique, évident, à diagnostic facile, de la péritonite aiguë, suppurée, à pneumocoques. Cette

enfant de deux ans et demi, à antécédents héréditaires et personnels sans importance, — car, dans l'espèce, nous négligerons la rougeole à un an et la varicelle à deux ans, — est entrée le 18 avril dans le service de mon ami Richardière. Malade depuis deux jours, avec vomissements, diarrhée, elle se plaignait de la tête et du ventre; très dyspnéique, elle présentait au sommet gauche la matité et le souffle caractéristiques d'une pneumonie, dont la défervescence eut lieu le 17 avril. Mais, le 1^{er} mai, la température remontait à 38°, tandis que l'attention était attirée du côté du ventre, volumineux, avec matité remontant jusqu'à l'ombilic.

Dans la région mate, on percevait avec netteté la sensation de flot, en sorte que le diagnostic d'épanchement liquide intra-péritonéal n'était pas douteux. Mais pendant les premiers jours, Richardière se demanda s'il s'agissait d'une péritonite à pneumocoques ou d'une ascite tuberculeuse. Pendant ce temps, le souffle au sommet gauche persista jusqu'au 2 mai.

L'état général restait bon; il n'y avait aucun des signes classiques de la réaction péritonéale, et en particulier le pouls était assez fréquent, mais plein et régulier. La température oscillait aux environs de 38°, avec 39°4 le 3 mai au soir. Enfin le 8 mai, l'épanchement étant toujours abondant et flasque, l'ombilic déplié fit saillie et rougit : on porta alors le diagnostic de péritonite à pneumocoques, diagnostic vérifié le lendemain par une ponction qui fournit 275 grammes d'un pus crémeux, épais, inodore, où Masbrenier trouva le microbe caractéristique.

A la suite de cette ponction, la fièvre tomba pour trente-six heures à 37°5. Mais le thermomètre marqua de nouveau 38° les 10 et 11 mai au soir; la peau s'amincit sur l'ombilic de plus en plus rouge et tendu. L'indication opératoire devenait donc urgente, et l'enfant fut envoyée le 12 au matin dans mon service, où je pratiquai la laparotomie médiane. Je donnai ainsi issue à un litre de pus au moins, contenu dans une vaste cavité limitée en avant par la paroi abdominale, en arrière par la masse intestino-épiploïque. Je ne fis pas de lavage, et je mis deux gros drains, plongeant dans le petit bassin. Le pus avait l'aspect habituel du pus à pneu-

mocoques, verdâtre, épais, bien lié, avec d'énormes fausses membranes caséuses, comme celles qu'on rencontre dans la plèvre.

A partir de l'opération, la température tomba à 37°; rapidement, l'état général se releva, le facies devint bon, et si aujourd'hui, 23 mai, la suppuration est encore abondante, on peut affirmer que la guérison n'est plus qu'une question de temps¹.

Ce qui, dans ce cas, rend l'observation complète au point de vue clinique, c'est l'existence d'une pneumonie certaine précédant l'épanchement péritonéal. Mais il faut savoir établir le diagnostic sans le secours de cette lésion pneumococcique préalable, car les péritonites à pneumocoques semblent être la plupart du temps primitives. Le sont-elles bien réellement toutes les fois qu'elles le paraissent? N'y a-t-il pas, plus souvent qu'il n'est classique de le dire, un foyer pulmonaire central et méconnu? Cela est possible, mais non prouvé. Et en tout cas, que ce foyer n'existe pas ou qu'il soit caché et que ses symptômes se perdent dans ceux du début de la péritonite aiguë, cela revient au même pour le clinicien : vous devez apprendre à vous en passer. En fait, chez les autres enfants que j'ai laparotomisés dans ces conditions, la pneumonie a été nulle ou inconnue.

Or, début brusque, vomissements et diarrhée, douleur abdominale vive, épanchement rapide assez mobile pour simuler une ascite, voilà des caractères des plus importants, qui ne manquent pour ainsi dire jamais. Et au bout de peu de jours survient un phénomène très particulier : le dépliement, puis la saillie de l'ombilic, dont bientôt la peau s'amincit, rougit, s'ulcère enfin, si bien que le pus s'écoule en abondance.

Cette saillie, puis cette fistulisation de l'ombilic sont à peu près réservées à la péritonite suppurée à pneumocoques. Dans les ascites, — et, chez l'enfant, vous savez que cette variété d'épanchement est d'ordinaire liée à la tuberculose péritonéale, — la saillie ombilicale n'est pas rare. Mais sûrement elle est plus tardive, et surtout elle n'aboutit que très rarement à la fistulisation, précédée par une réaction inflammatoire et un amincissement de

1. Depuis, l'enfant a quitté l'hôpital, et a été revue guérie, à plusieurs reprises.

la peau. Quant à la suppuration enkystée après perforation intestinale, une seule fois, depuis huit ans que je suis dans cet hôpital, j'ai observé sa fistulisation spontanée à l'ombilic : l'enfant, très mal soigné par une famille dans la misère, m'a été apporté avec la fistule pyostercorale déjà constituée, et je n'ai eu sur l'évolution de la lésion que des renseignements tout à fait vagues.

Une fois encore, je crois avoir observé une fistule ombilicale probablement tuberculeuse. Je dis probablement, car il n'y a pas eu d'autopsie, mais la lenteur de l'évolution, malgré l'évacuation finale de pus non stercoral et la guérison sans opération, me fait admettre la tuberculose. Ce fait concerne une fille de dix ans qui, le 2 mars 1897, avait été soignée dans le service de mon ami Josias pour une péritonite tuberculeuse ascitique; on avait songé à la laparotomie, mais on y avait renoncé en voyant que l'amélioration se faisait spontanément, et en décembre, la fillette parut guérie. C'est vers le 15 février 1898 que la mère ramena l'enfant à l'hôpital parce que le ventre était douloureux, avec rougeur de l'ombilic; après douze jours d'un séjour où on sembla admettre de l'eczéma de l'ombilic, traité par des compresses boriquées, la malade rentra chez ses parents, et le lendemain eut lieu un abondant écoulement de pus par l'ombilic. Admise de nouveau le 1^{er} mai à la salle Blache, la fillette fut envoyée dès le 4 mai dans mon service.

Là, je constatai d'abord qu'on pouvait sûrement éliminer l'hypothèse d'un phlegmon pariétal ouvert à l'ombilic, car le stylet s'enfonçait, perpendiculairement à la paroi, au moins à une profondeur de 5 ou 6 centimètres; il pénétrait dans une cavité et non dans un trajet étroit. Par l'ombilic faisait issue, en assez grande abondance, du pus mal lié, jaune-vert, fétide.

L'indication thérapeutique me parut être de drainer bien cette poche : mais comme elle me semblait située assez loin en arrière, abordant la paroi à l'ombilic par un contact étroit, je ne jugeai pas prudent de commencer par la laparotomie, et je prescrivis la dilatation de l'orifice à l'aide de laminaires. Au bout de quelques jours, on pouvait introduire quatre grosses laminaires, et l'index tout entier passait facilement : je constatai ainsi l'existence d'une

cavité à fond mollesse, rendu irrégulier par des brides. L'abord étant partout aisé, je renonçai à l'idée d'inciser et je fis tamponner la poche à la gaze iodoformée. Le 6 juin tout était cicatrisé.

L'examen bactériologique n'ayant pas été pratiqué, il est impossible de savoir exactement si, un an après une ascite probablement tuberculeuse, il ne s'est pas agi d'une péritonite enkystée à pneumocoques ouverte à l'ombilic. En effet, une semblable poche suppurée n'est guère, sans perforation intestinale, dans les allures habituelles de la tuberculose péritonéale; et j'en dirai autant de la guérison rapide dès que le drainage large a été assuré. Mais quand je vis l'enfant avec sa fistule, il y avait autour de l'ombilic un empatement dont la péritonite à pneumocoques n'est pas coutumière, comme je vous le dirai en parlant du diagnostic avec l'appendicite.

Une fois aussi, dans un cas traité pendant plusieurs semaines avec une incurie extraordinaire, j'ai vu une énorme poche de péritonite enkystée antérieure, ouverte spontanément à l'ombilic, avoir pour origine une appendicite. Peut-être était-ce plus fréquent il y a une vingtaine d'années, lorsque l'appendicite était non pas méconnue, mais inconnue; c'était en tout cas une terminaison exceptionnelle, d'abord parce qu'en général l'appendicite tuait trop vite pour que la fistule cutanée eût le temps de se constituer, en second lieu parce que, dans les poches à marche très lente que nous observons quelquefois encore sur des enfants opérés trop tard, l'évolution vers l'ombilic m'a toujours semblé exceptionnelle.

Brun a insisté avec raison sur la valeur diagnostique du soulèvement de l'ombilic dans la péritonite à pneumocoques, chez l'enfant, bien entendu, car chez la femme adulte on l'a quelquefois observé, autrefois, au cours de péritonites puerpérales enkystées, et vous en trouverez des exemples dans la thèse déjà ancienne de Féréol. Quant aux enfants, il me semble que dans les travaux récents sur la péritonite à pneumocoques, on ne se souvient pas assez de la thèse où, il y a vingt-cinq ans, Gauderon étudiait la péritonite, alors appelée idiopathique, ouverte à l'ombilic. A cette époque relativement ancienne, où l'on n'osait pas entreprendre

la laparotomie, il va sans dire que bien des confusions étaient commises, et peut-être certaines de ces prétendues péritonites étaient-elles, comme le veut Duplay, des phlegmons sous-péritonéaux. Mais bon nombre d'observations de nos devanciers sont probantes, et quand, aujourd'hui, en les dépouillant, nous constatons qu'il s'agit d'enfants, ordinairement de filles, quand nous relevons les signes cliniques de la péritonite suivis de l'évacuation d'une abondante collection purulente, avec liquide crémeux et inodore, nous sommes en droit de conclure que ces faits sont tout à fait superposables à ceux où, de nos jours, les microbiologistes trouvent le pneumocoque. Et notre hypothèse devient certitude lorsque, comme dans une observation de Baizeau, une pneumonie franche, suivie de pleurésie purulente avec empyème de nécessité, apporte la preuve à peu près irréfutable de l'infection pneumococcique.

Vous voyez donc que déjà, par la clinique, on avait commencé à différencier le type assez net de cette péritonite suppurée dite idiopathique, plus fréquente chez les filles. Mais la laparotomie seule a permis d'éviter toute erreur de diagnostic avec les phlegmons sous-péritonéaux, avec l'appendicite, et la bactériologie était indispensable pour déterminer sans contestation possible la nature exacte de la lésion.

II

Les principales erreurs de diagnostic que l'on a commises ont consisté à confondre la péritonite à pneumocoques avec une fièvre typhoïde, avec une appendicite, avec une péritonite tuberculeuse. Je ne vous parlerai que des deux dernières, les seules dont il soit question dans mes observations personnelles.

Chez la fillette que j'ai opérée le 18 mai, au moment de l'intervention j'ai soupçonné la péritonite à pneumocoques, mais pendant plusieurs jours j'avais pensé à l'appendicite, et je crois qu'au début c'était excusable. L'enfant, âgée de dix ans et demi, à antécédents nuls sauf la scarlatine à six ans, était en effet depuis

quatre mois sujette, de temps à autre, à des douleurs dans la fosse iliaque droite, avec diarrhée au moment de ces crises; puis une brusque douleur abdominale survint le 6 mai, avec frissons et diarrhée jusqu'au 9 mai; du 10 au 13 mai se déclarèrent des vomissements porracés; le 14 mai, deux vomissements noirs et fétides; et, le 15 mai au matin, il y en eut encore un.

C'est dans ces conditions que l'enfant fut apportée à l'hôpital dans la journée du 15 mai, et en présence de cette histoire, mon interne Bisch conclut à l'appendicite. Après évacuation, par cathétérisme, de la vessie distendue par 250 grammes d'urine, le ventre apparut modérément ballonné, avec douleur à la pression à droite, un peu au-dessus du point classique de Mac Burney. On ne sentait aucun plastron abdominal, aucun empatement, rien au toucher rectal. La langue était saburrale, mais humide; température à 38°7, pouls à 130.

Aucun symptôme n'indiquant une opération urgente, l'enfant fut mise au traitement par l'opium et la glace sur le ventre, et le lendemain je la trouvai en voie d'amélioration légère, avec 38°4 de température, 126 au pouls, quelques nausées, mais pas de vomissements, un ventre un peu ballonné, douloureux à la pression nettement au-dessus du point de Mac Burney. Et je conclus à une appendicite, sans foyer actuellement collecté.

Mais le lendemain 17 mai, à la visite du matin, cette appendicite commença à me paraître singulière. Après avoir monté le 16 au soir à 38°8, la température était à 38°2. Quoique la défervescence ne fût point franche sous le traitement médical, je ne trouvais toujours aucun signe de foyer localisé dans ce ventre facile à palper, car il était seulement un peu météorisé, sans défense musculaire: rien non plus au toucher rectal; le pouls, assez fort et régulier, battait à 128; il n'y avait pas de vomissements, la langue était humide. Mais nettement le nez s'était effilé, les yeux s'étaient excavés. Et dans le doute je décidai d'intervenir.

Lorsque j'arrivai, le 18 au matin, pour pratiquer l'opération, la scène avait notablement changé. La température était tombée à 37°2, tandis que le pouls était à 135 et petit. Et M. Bisch me racontait que pendant la nuit il y avait eu brusquement une crise

grave, conjurée par des injections de caféine et d'éther, où l'enfant s'était refroidie, tandis que le pouls devenait incomptable. En même temps, le point jusqu'alors douloureux au-dessous du foie était devenu insensible à la pression.

Avec mon diagnostic d'appendicite, je me demandai donc d'abord si, pour la première fois, je ne m'étais pas laissé surprendre par une péritonite généralisée que j'aurais pu éviter par une opération plus précoce. Mais quand, pour me rendre compte de l'état des choses, je palpai attentivement le ventre, je constatai que j'obtenais par la chiquenaude, l'autre main étant à plat, une sensation très nette de flot ascitique. Partout, cependant, le ventre météorisé était sonore à la percussion, sauf en arrière dans les flancs. Cela me parut de plus en plus étrange, et alors, malgré les crises antérieures, je songeai à la diarrhée initiale, à la localisation anormale de la douleur du début, et avant d'opérer j'émis l'opinion qu'il ne s'agissait pas d'une appendicite, mais probablement d'une péritonite à pneumocoques.

J'incisai néanmoins dans le flanc et la fosse iliaque droits, parce qu'une fois, dans un cas que je vais résumer dans un instant, j'avais trouvé une grande collection enkystée de ce côté. Mais cette fois mes sensations tactiles ne m'avaient pas trompé: il y avait au moins un litre de pus, libre dans le ventre, d'où on le faisait sourdre de toutes parts, par la pression, entre les anses non agglutinées. Pour assurer un bon drainage, j'ouvris donc largement la fosse iliaque gauche et je passai un gros tube de caoutchouc transversal, d'une incision à l'autre; à droite, j'en enfonçai un second jusque sous le foie. Le pus était épais, crémeux, avec fausses membranes caséuses, et mon ami Netter y a trouvé le seul pneumocoque.

L'enfant fut, après l'opération, très abattue pendant vingt-quatre heures; elle fut remontée par l'usage du sérum en injections sous-cutanées et en lavements. Le lendemain, elle commençait à aller mieux, et M. Bisch entreprit de lui faire, par les drains, des lavages avec la solution de chlorure de sodium à 7 p. 1.000; je crois fort peu à leur action nettoyante, mais c'est une voie de plus pour faire absorber du sérum.

Grâce à ces soins assidus, mon opérée alla d'abord bien. Mais le 24 mai, l'état abdominal restant satisfaisant, débuta une broncho-pneumonie, mortelle en trois jours : à l'autopsie, on vit des noyaux dans les deux poumons tandis que le péritoine était en voie de réparation manifeste.

La complication pulmonaire, signature du pneumocoque, peut fort bien guérir, comme cela a eu lieu chez la fille qui, le 11 mai, sortait de notre salle. Son observation est également intéressante au point de vue du diagnostic, car d'abord on crut à une appendicite, et, d'autre part, lorsque j'opérai, je pensais bien ouvrir une péritonite tuberculeuse.

Le 17 janvier 1900, cette enfant, âgée de huit ans et demi, avait été à l'école comme d'habitude ; le 18 janvier, brusquement, elle fut prise de vomissements et de douleurs abdominales, sur lesquelles la mère insiste sans pouvoir préciser leur siège exact. Ces douleurs, vite généralisées, et les vomissements persistèrent avec des accalmies, du 19 au 23 janvier. Et comme, en outre, il y eut de la diarrhée et quelques légères épistaxis, un médecin diagnostiqua une fièvre typhoïde.

Mais lorsque, le 24 janvier, la fillette fut admise à Trousseau, dans le service de Richardière, les vomissements, le brusque début par des douleurs abdominales, firent conclure à l'appendicite. Le thermomètre marquait 40°, le facies était fatigué, la langue sèche et blanche au centre, rouge sur les bords, le ventre ballonné et douloureux au moindre contact. Mais la défense musculaire des parois était minime, et d'autre part il n'y avait aucun foyer localisé, aucun empatement phlegmoneux. Mais dans l'observation qui m'a été remise plus tard avec l'enfant, je trouve que déjà il y avait de la matité dans l'hypogastre, les flancs et surtout la fosse iliaque droite.

Les jours suivants, sous l'influence du repos, de l'opium, de la glace sur le ventre, l'état s'améliora. La douleur étant moins violente, l'enfant se laissa facilement explorer, et le 29 janvier on commença à percevoir la sensation d'une collection dans la fosse iliaque droite. Pendant ce temps la température, de 40° à l'entrée, était tombée en escalier à 37°5 en date du 28, tandis que le

pouls devenait bon. Aussi commença-t-on à alimenter l'enfant.

Mais, dès le lendemain, 30 janvier, survinrent des vomissements bilieux, et à ce moment on songea à me faire intervenir d'urgence. Pourtant cela se calma jusqu'au 2 février, date à laquelle, avec deux vomissements, on nota une diminution du pouls et de la température, celle-ci oscillant autour de 37°5, tandis que les battements allaient de 120 à 140. En même temps le ventre devenait plus ballonné, plus douloureux. Et le 5 février on fit passer l'enfant dans mon service.

Cette appendicite me parut alors bien anormale, car avec de semblables symptômes de péritonite une pareille survie était étrange. Le ventre était étalé, mou, avec un ombilic peu saillant, autour duquel la pression était douloureuse. En palpant, je ne sentis aucun empatement, mais la matité était nette, à droite surtout, et à la chiquenaude j'eus la sensation d'un épanchement ascitique, mobile, peu tendu. Et je conclus à une péritonite tuberculeuse. J'ai déjà vu, en effet, des péritonites de cette nature ressembler au début, pendant quelques jours, à une appendicite, et c'est au cours de laparotomies que j'ai été conduit à rectifier le diagnostic. Ascite, état général mauvais, température d'abord élevée, puis oscillant entre 37°5 et 38°; avec tout cela je me croyais le droit d'admettre la tuberculose, et c'est avec ce diagnostic que le 8 février, voyant l'enfant périliter de plus en plus alors que les poumons ne me paraissaient pas tuberculeux, j'entrepris la laparotomie médiane.

Ma surprise fut grande lorsque, par l'incision du péritoine, je vis sortir au moins deux litres de pus épais, vert, à fausses membranes caractéristiques : c'était sûrement du pus à pneumocoques, ce que vérifia l'examen bactériologique pratiqué par M. Tollemmer. Ce pus était contenu dans une vaste poche enkystée, plongeant dans le petit bassin et comprise entre la paroi abdominale en avant, et en arrière la masse intestino-épiploïque agglutinée. J'y mis deux gros drains et ne suturai pas l'incision.

Pendant plusieurs jours, l'état fut sérieux, quoique la température fût à peu près normale, aux environs de 37°5. Mais du 22 février au 6 mars je fus inquiet : il y eut de la fièvre, de