

38 degrés à 39 degrés, avec quelques courtes chutes à la normale; sans albuminurie, la face et les malléoles présentèrent de l'œdème; dans le poumon, il se forma de petits foyers successifs de broncho-pneumonie. Mais à partir du 6 mars, malgré quelques exacerbations fébriles de temps à autre, l'enfant prit définitivement le dessus : les accès disparurent, la diarrhée intermittente cessa, l'appétit revint, et enfin le 9 mai la malade quittait l'hôpital, complètement guérie.

Ainsi, dans deux des cas que je relate ici, l'erreur de diagnostic a été commise avec la péritonite tuberculeuse, une fois par Richardière pendant quelques jours, une fois par moi jusqu'au moment où, à l'incision, je vis le pus s'écouler. Sans doute, la brusquerie du début est un argument puissant en faveur de la péritonite à pneumocoques, et il est bien probable que ma méprise tient surtout à ce que, n'ayant pas observé moi-même la malade pendant les premiers jours, je n'ai pas songé à l'infection pneumococcique. Car maintenant, à l'examen rétrospectif, les symptômes me paraissent assez nets, toutes réserves faites sur certaines péritonites tuberculeuses qui peuvent commencer de manière assez aiguë pour ressembler à l'appendicite. Et c'est précisément parce que ce cas venait de m'instruire que, quelques jours plus tard, j'ai porté avant d'opérer le diagnostic exact.

Ce diagnostic, je l'ai également soupçonné avant d'opérer chez une fille de quatre ans qui, le 20 juin 1899, m'a été passée d'un service de médecine comme atteinte d'appendicite¹ : l'enfant, dont la maladie avait débuté quinze jours auparavant, avait en effet, dans la fosse iliaque droite, douloureuse depuis le premier jour, une grosse collection purulente. Mais en palpant la région, je fus immédiatement surpris par la faiblesse de la défense musculaire : il n'y avait pas d'empatement, et, malgré la douleur à la pression, la paroi était assez souple pour que la fluctuation fût des plus

1. Cette observation est publiée par Blackburn (*Thèse de doctorat*, Paris, 1899-1900, n° 190), mais de façon à n'être pas scientifiquement probante, car il n'y est pas fait mention de l'examen bactériologique, pratiqué par Audion. Et la ligne copiée sur ma fiche d'hôpital « on pense à la péritonite à pneumocoques » s'applique à mon examen avant l'opération, et non à l'aspect macroscopique du pus. D'autre part, l'état local est mal décrit.

nettes. Il y avait même sensation de flot à la chiquenaude. C'est à cause de cet examen local que, malgré la constipation initiale ayant cédé depuis huit jours à un purgatif, je songeai à une péritonite pneumococcique, ce que vérifia tout de suite l'aspect caractéristique du pus et, le lendemain, l'examen bactériologique.

Trois des observations précédentes concernent la forme habituelle, la péritonite enkystée; l'autre, au contraire, est un fait plus rare de péritonite généralisée, où les anses nageaient au milieu du pus. J'ai déjà vu un cas de cette variété, heureusement plus rare; je dis « heureusement », car vous concevez sans peine qu'elle soit plus grave, et mon autre malade, une fille de douze ans qui était entrée le 8 décembre 1897 à la salle Giraldès, fut opérée le 9 et mourut le 10. Les allures, particulièrement aiguës, puisque le début était du 5 décembre, avaient été celles d'une péritonite diffuse par appendicite; mais l'appendice était sain, et, quoique l'examen bactériologique n'ait pas été pratiqué, je crois pouvoir affirmer, d'après les caractères du pus et de ses fausses membranes, que le pneumocoque était en cause. Cette enfant, d'ailleurs, n'a pas succombé comme la dernière; elle a été tuée, avec évidence, par la seule infection péritonéale, tandis que l'autre, après nous avoir donné plusieurs jours d'espoir, a péri par broncho-pneumonie bilatérale, à foyers multiples, le péritoine étant bien sec, en voie manifeste de cicatrisation.

III

Dans cette forme aiguë, généralisée, le diagnostic pourra être difficile à établir au début avec les péritonites aiguës, généralisées, sans doute dues au gonocoque, que vous rencontrerez parfois chez les fillettes atteintes de vulvite. Mais l'évolution n'est pas la même. Plusieurs fois, en effet, sous mes yeux, chez des fillettes hospitalisées pour d'autres lésions, — je me souviens en particulier d'une luxation congénitale de la hanche et d'une paralysie infantile, — j'ai vu éclater une péritonite des plus inquiétantes, mais qui céda en deux ou trois jours au traitement par l'opium à l'intérieur et la

glace sur le ventre. Après quoi il n'y eut aucun épanchement dans le ventre, et vite il ne fut plus question de rien.

Diagnostic important, en principe, car il est à remarquer que la péritonite à pneumocoques est de beaucoup plus fréquente dans le sexe féminin ; mes opérations concernent même exclusivement des filles. La seule péritonite aiguë non appendiculaire que j'ai opérée à l'hôpital Trousseau chez un garçon était due au streptocoque. Si bien que l'on doit, avec Brun, se demander si la porte d'entrée habituelle du pneumocoque péritonéal n'est pas dans le vagin, par l'utérus et les trompes. Dans les cas cependant où l'infection a d'abord été marquée par une pneumonie, le rôle de la voie sanguine dans l'inoculation péritonéale paraît bien probable. Il en fut ainsi, vous l'avez vu, chez une de mes malades ; et j'ai été consulté, pour un garçon cette fois, dans des conditions analogues. Chez cet enfant, auprès duquel m'avait appelé le D^r Delhomme, il y avait eu, au cours d'une pneumonie, des accidents péritonéaux très nets, en décroissance évidente quand je vins, le surlendemain ; aucun épanchement ne se produisit et l'enfant guérit sans intervention opératoire. Il est possible qu'on démontrera par les observations ultérieures que le sexe est indifférent pour les péritonites avec pneumonie préalable.

Est-ce parce que nous avons rectifié nos jugements sur une maladie mieux connue, est-ce parce que je l'observe chez l'enfant ? Ce qui est certain, c'est que je ne peux souscrire aux conclusions de Cassaët, pour qui le sexe est aussi indifférent que la profession du sujet ou la saison. Malgré l'assertion de cet auteur, je n'ai pas vu, non plus, qu'une lésion péritonéale antérieure ait jamais servi d'appel à l'infection pneumococcique ; je ferai seulement une réserve sur le cas douteux que j'ai relaté plus haut.

Ainsi, péritonite à gonocoques, péritonite à pneumocoques sont chez l'enfant l'apanage à peu près exclusif du sexe féminin ; toutes deux ont un début brusque, émotionnant, et l'on ne sait, pendant les premiers jours, ni comment cela va tourner, ni à quelle variété microbienne on a affaire. Mais, en pratique, l'importance n'est pas grande, car j'estime que mieux vaut ne pas ouvrir le ventre tant qu'on n'y a pas constaté les signes d'un épanchement, libre ou

enkysté. Aussi bien pour le gonocoque que pour le pneumocoque, je crois que l'ouverture précoce du péritoine donne à la virulence microbienne un coup de fouet désastreux. La question change complètement de face quand il y a du pus, ce qui, jusqu'à nouvel ordre, me paraît ne pas exister dans la péritonite à gonocoques de la petite fille ; et dans la péritonite à pneumocoques, il est alors fréquent que l'épanchement s'enkyste, en sorte que l'opération devient à la fois facile et bénigne.

Dans son mémoire déjà cité, Cassaët pose comme principe que la péritonite à pneumocoques ne peut pas guérir spontanément. Il y a là, je crois, un peu d'exagération. D'abord, chez le garçon dont je vous ai dit quelques mots il y a un instant, les symptômes péritonéaux très nets consécutifs à la pneumonie ont rapidement cédé. Certes, l'absence d'autopsie ou d'opération rend l'observation contestable, mais vous comprenez sans peine que le raisonnement tourne en cercle vicieux si vous dites : Je pose en principe que la guérison est impossible sans opération ; donc je récuse le fait, parce qu'il n'y a pas la consécration de l'autopsie. En réalité, la symptomatologie prouvant la participation du péritoine a été assez nette pour que je croie fermement qu'il y a eu péritonite diffuse légère, non suppurée.

Une fois le pus formé, même, la guérison est possible sans opération, par ouverture spontanée au dehors, et c'est pour vous le faire comprendre qu'au début j'ai insisté devant vous sur les observations anciennes où le fait a été constaté. Pour beaucoup d'entre elles, je vous répète que notre diagnostic rétrospectif est solidement établi, et on a enregistré ainsi des guérisons incontestables. Si vous vous refusez à admettre les cas sans examen bactériologique, il y en a un récent de Comby, où cette preuve est apportée, et où la guérison a eu lieu après ouverture simultanée à l'ombilic et dans le vagin.

En enregistrant ces guérisons spontanées, — et parmi elles je range celles où nos devanciers se bornaient à faire quelques lavages par la fistule ombilicale, — je n'ai aucunement l'idée de vous engager à l'abstention. En effet, la plupart du temps cette ouverture, située en haut de la poche, serait insuffisante ; l'infec-

tion secondaire par divers microbes entrera en jeu et, la cavité se vidant mal, le sujet succombera à la septicémie chronique après une amélioration passagère. C'est le chemin que prenait une fille dont vous trouverez l'histoire dans la Thèse de Lecoq et que j'ai opérée après une fistulisation ombilicale suivie d'un début de septicémie. Le large drainage a coupé court aux accidents et l'enfant a guéri.

Donc n'attendez pas ces complications qui, une fois installées, n'obéiront pas toujours à votre thérapeutique. Mais retenez ce fait que l'opération de la péritonite à pneumocoques n'est généralement pas une opération d'urgence. N'ouvrez le ventre qu'une fois l'épanchement bien constaté, et sachez qu'alors le pronostic dépend essentiellement de la disposition anatomique des lésions : bénin dans la péritonite enkystée, qui guérit comme un simple abcès, il est grave au contraire dans la péritonite généralisée. Mais, même dans cette variété, quelques succès ont été publiés, et mes observations prouvent qu'en effet la bénignité est plus grande que pour les autres suppurations péritonéales enkystées.

Dans une, sans doute, la mort fut rapide. Mais dans l'autre, après la laparotomie, l'amélioration fut telle que pendant quelques jours je crus d'abord au succès, et la mort fut causée par une broncho-pneumonie, tout allant bien du côté du péritoine.

Quant à la technique opératoire, je n'ai rien de spécial à en dire. La plupart du temps, vous devrez pratiquer la laparotomie médiane, qui convient à la fois à la péritonite généralisée ou à l'ordinaire grande poche enkystée sous-ombilicale. Mais, pour les collections enkystées, tous les sièges sont possibles et vous devez alors inciser sur le point culminant de la tumeur. Après ouverture large, vous drainerez avec de gros tubes en caoutchouc. Les lavages sont la plupart du temps inutiles; je n'en fais jamais au moment de l'opération, et je n'y recourrais que si, pendant les jours suivants, j'observe des accidents fébriles qui me paraissent liés à une évacuation insuffisante du pus.

TRENTE ET UNIÈME LEÇON

LYMPHANGITE GANGRENEUSE DU SCROTUM

- I. — Description générale de la lésion. On peut l'observer chez l'enfant nouveau-né. Pronostic sévère, mais non désespéré.
- II. — Porte d'entrée au prépuce, au scrotum, quelquefois à la cuisse, avec lymphangite rétrograde. Lésion locale de gravité variable selon la profondeur de l'eschare. Traitement par les débridements profonds au thermo-cautère.

Dans diverses régions du corps, et surtout sur les téguments des organes génitaux externes de l'homme, on peut observer des gangrènes septiques qui surviennent par un processus de lymphangite aujourd'hui bien connu, surtout depuis la si intéressante thèse qu'en 1880 Jalaguier a consacrée à la lymphangite gangreneuse.

Certes, les descriptions cliniques sont loin d'être récentes, et il y a plus de cinquante ans que Moulinié, en 1849, signalait les gangrènes foudroyantes des organes génitaux de l'homme. Je ne veux d'ailleurs pas reprendre ici cette histoire dans son entier, mais vous dire seulement qu'après avoir été qualifiées de « spontanées », ces gangrènes ont été, à juste titre, rapportées à un processus de lymphangite. On a vu, en effet, que presque toujours il y avait eu comme porte d'entrée, chez l'adulte, soit des chancres mous, soit une vive inflammation du prépuce à la suite d'une blennorragie particulièrement intense, — je ne mentionne que les deux causes les plus banales; — et de là était partie une lym-