

DIX-HUITIÈME LEÇON

PÉRITONITE A PNEUMOCOQUES

MESSIEURS,

Une fillette de huit ans et demi avait passé à sa pension la journée du 25 novembre 1896, en parfaite santé, sans éprouver le moindre malaise. Elle était partie dans la matinée et revenue le soir dans sa famille aussi gaie que d'habitude, bien qu'elle eût reçu quatre jours auparavant, paraît-il, un coup au ventre, en jouant avec ses petites camarades. Ce coup n'avait été nullement douloureux, et sans une déchirure du tablier de l'enfant, ce traumatisme serait passé complètement inaperçu. Le 25 novembre au soir, l'enfant dine bien et s'endort 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 ou une attaque de choléra infantile, et envoie chercher un médecin. La fièvre est pour ainsi dire

nulle; la température, prise par la mère, à trois heures et à cinq heures du matin, est de 37°,6 sous l'aisselle. Le D^r Schmidt arrive bientôt après: en raison du facies péritonéal de la petite malade, qui a les yeux excavés, le nez effilé, le pouls filiforme, et en raison 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. La température, prise à dix heures, donne 37°,5 sous l'aisselle. Les vomissements cessent dans l'après-midi, mais la diarrhée persiste; le soir la température s'abaisse à 37°,2 et le D^r Schmidt prononce le mot d'entérite folliculaire. La nuit suivante est marquée par la continuation de la diarrhée et par l'apparition d'un ténesme rectal intense. Le 27 novembre au matin, l'enfant a 38°,2. Le D^r Rénon, qui la voit le soir à six heures, trouve le ventre à peine ballonné, mais partout douloureux à la pression. Tous les organes, les poumons en particulier, sont en bon état. Les yeux sont légèrement cerclés, la langue est blanche, le pouls est à 100, l'enfant n'a ni céphalalgie ni épistaxis, elle n'est pas abattue, elle cause comme en état de santé. 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, la diarrhée persiste, 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, il s'accroît dans la soirée au point de provoquer jusqu'à huit et dix fois par heure des besoins d'évacuation qui restent à peu près sans résultat. Température, 38°,2 le matin et 37°,7 le soir. Le 30, le ténesme a persisté toute la nuit, le pouls est à 120, la température monte à 38°,3, les douleurs de ventre sont stationnaires. On croit de plus en plus à une fièvre typhoïde, et pour élucider la question, on pratique le séro-diagnostic. Une cause d'er-

reur, la présence d'amas formés dans la culture de bacilles d'Eberth, pris à tort pour de vrais amas, fait croire un moment à la fièvre typhoïde¹, mais le séro-diagnostic est rectifié plus tard. Jusqu'au 7 décembre, la situation reste sensiblement la même; l'état général est assez bon, le pouls est entre 110 et 120 pulsations, l'enfant rend tous les jours 250 à 350 grammes d'urine sans albumine.

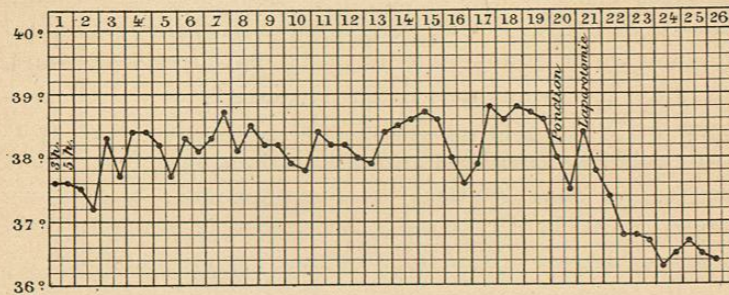
Le 7 décembre, le ventre est plus ballonné; par contre, il est moins douloureux à la pression. Les jours suivants le ventre paraît plus dur, plus empâté, surtout à la fosse iliaque droite. Le 11 décembre on perçoit nettement à cette région une sensation de fluctuation, ce qui fait revenir un instant 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 M. Routier, et le dimanche, 13 décembre, à six heures du soir, nous nous rendons auprès de la petite malade avec MM. Schmidt et Rénon. En arrivant auprès 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 et intelligente 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. Cette collection, qui empiète sur la région hypogastrique, ne serait-elle pas due en partie à la vessie fortement distendue; cela est peu probable, néanmoins le cathétérisme est pratiqué et ne donne issue qu'à une très petite quantité d'urine, l'enfant ayant uriné dans la journée; au moment du cathétérisme, on constate que l'enfant est atteinte d'une légère vulvite. 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 de la maladie, sur la *diarrhée*, sur la présence d'une collection péritonéale qui, bien

1. Rénon. Nécessité d'examiner les cultures avant l'addition du sérum, dans la recherche de la réaction de M. Widal. *Société de Biologie*, 30 janvier 1897.

qu'étendue, paraît avoir une tendance à se localiser; je demande qu'on fasse une ponction exploratrice et que le liquide soit porté au laboratoire afin d'y étudier la virulence du pneumocoque. Le lendemain 14 décembre, à huit heures du matin, M. Routier ponctionne le flanc droit et 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, dans notre laboratoire, décèle, après coloration par la méthode de Gram, l'existence du pneumocoque à l'état de pureté. Une souris inoculée avec deux gouttes de pus meurt quarante-huit heures après l'inoculation: son sang contient du pneumocoque. Vous voyez dans ce bocal le litre de pus retiré par la ponction; ses caractères de pus, dit louable, crémeux, homogène, bien lié, suffirait presque à faire le diagnostic de suppuration pneumococcique.

Le diagnostic de péritonite à pneumocoques ayant été confirmé par la ponction, nous décidâmes aussitôt la laparotomie, qui fut pratiquée par M. Routier, le lendemain matin 15 décembre, à huit heures et demie. A l'incision du péritoine il s'écoula un flot de pus évalué à deux litres environ, pus crémeux, verdâtre, ayant les caractères du pus que je viens de vous montrer et contenant en quantité des fausses membranes fibrineuses. Les anses intestinales étaient rouges, dépolies et faiblement adhérentes les unes aux autres. Le lavage du péritoine fut fait avec de l'eau bouillie, la canule fut promenée dans le flanc gauche, sous le foie, en un mot dans tout l'abdomen, car la péritonite était très étendue. Deux gros drains furent placés dans l'incision. L'opération fut très bien supportée et les suites furent favorables; la température s'abaissa graduellement, ainsi que vous pouvez le voir sur la courbe annexée à cette observation; elle oscilla d'abord entre 37 et 38 degrés, et les jours suivants entre 36 et 37. Pendant une huitaine de jours la plaie donna encore issue à une petite quantité de pus crémeux, et à partir du 26 décembre il ne s'écoulait plus que quelques gouttes d'un liquide séro-purulent ne venant plus de la cavité péritonéale, mais du trajet infecté par le pus à pneu-

mocoques. Aussitôt après l'opération, l'enfant fut alimentée et se mit à manger de fort bon appétit. Le 12 janvier la plaie était complètement cicatrisée, le 17, l'enfant se levait, et le 20, elle faisait sa première sortie¹.



Telle est l'observation de péritonite à pneumocoques que je tenais à vous faire connaître; je saisis avec empressement l'occasion de vous en parler, parce qu'elle me permet d'étudier avec vous une question encore peu répandue et aussi parce qu'elle arrive fort à propos comme complément de nos études sur les péritonites appendiculaires. Mais avant d'entrer dans la description du sujet, laissez-moi vous citer quelques autres observations qui nous seront utiles pour l'étude que nous allons entreprendre.

(OBS. II). — Une fillette de quatre ans, bien portante d'habitude, fut prise, au milieu de la nuit, de douleurs abdominales soudaines et violentes accompagnées, dès leur apparition, de fièvre, de vomissements et de diarrhée. La fièvre atteignit 40°,2. Les vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, cessèrent le lendemain; mais les douleurs et la diarrhée verdâtre et très fétide persistèrent une semaine. Une dizaine de jours après le début de la maladie, l'état général parut s'améliorer, l'appétit revint, mais le ventre continua à aug-

1. Depuis cette époque, j'ai revu la petite malade, sa santé est excellente; la cicatrice est très solide et n'a pas plus d'étendue qu'une pièce de deux francs.

menter de volume, surtout dans sa partie sous-ombilicale. Puis l'enfant se mit à maigrir; les traits tirés, le nez effilé, les yeux cerclés, et l'énorme développement du ventre, douloureux à la pression, tout cela ressemblait fort à une péritonite tuberculeuse. Néanmoins, M. Sevestre fit le diagnostic de péritonite à pneumocoques et envoya la petite malade dans le service de M. Brun¹, qui en a publié l'observation. A son entrée à l'hôpital, cinq semaines après le début de la péritonite, l'enfant est sans fièvre, mais elle a l'aspect d'une tuberculeuse. Son ventre est très développé et l'ombilic forme une saillie rougeâtre, du volume d'une noix, qui donne l'impression d'un abcès qui va s'ouvrir. A la percussion, on constate une matité étendue aux trois quarts inférieurs de l'abdomen et remontant jusqu'à la région épigastrique, où reparait la sonorité du paquet intestinal refoulé en haut. Le lendemain, l'enfant est opérée par laparotomie médiane. L'incision donne issue à deux litres de pus verdâtre, crémeux, sans odeur, et contenant des fausses membranes fibreuses. Après l'évacuation du pus, on constate l'existence d'une vaste cavité allant d'un flanc à l'autre, se continuant directement en bas avec la cavité du petit bassin, et limitée en arrière et en haut par un dôme de fausses membranes qui isolent complètement l'intestin. L'agent pathogène de cette péritonite est le pneumocoque à l'état de pureté. Les suites de l'opération furent des plus simples, jamais la température ne s'éleva au-dessus de 37 degrés, et vingt jours plus tard, la guérison était complète.

(OBS. III). — Une fillette de trois ans, généralement bien portante, fut prise brusquement, le 21 septembre, à son réveil, de douleurs de ventre, de vomissements et de diarrhée. Les jours suivants, les vomissements persistèrent; il y eut de la fièvre, du délire, et le médecin appelé auprès de l'enfant parla de fièvre muqueuse. Trois semaines plus tard, le 7 octobre, la petite malade se plaignit du ventre plus que d'habitude, elle se mit à vomir fréquemment, et sa mère la pressant dans ses bras la trouva inondée de pus. L'enfant fut

1. Brun. Péritonite à pneumocoques. *La Presse médicale*, 1896, p. 33.

alors conduite à l'hôpital et entra dans le service de M. Brun, à qui j'emprunte cette observation¹. A ce moment, la fièvre est modérée, la diarrhée a cédé, mais les vomissements persistent. Le ventre n'est pas ballonné, la pression ne détermine aucune douleur. De l'ombilic sort un pus abondant, épais, crémeux, jaune verdâtre, sans odeur. Au centre de la cicatrice ombilicale existe un orifice au travers duquel s'écoule le pus. M. Brun porte le diagnostic de péritonite à pneumocoques, diagnostic confirmé par l'examen bactériologique; le pneumocoque n'y était associé à aucun autre microbe. Quelques jours après l'entrée de cette enfant à l'hôpital, la fièvre et les vomissements reparaisent, et l'intervention chirurgicale est aussitôt décidée. La laparotomie médiane donne issue à du pus crémeux, verdâtre, tenant en suspension d'épaisses fausses membranes. La cavité purulente péritonéale remontait en haut jusqu'aux fausses côtes, en bas jusque dans le petit bassin, en avant, la masse intestinale était protégée par un épais rideau de fausses membranes. L'intervention chirurgicale n'améliora en rien la situation, la température resta fort élevée, et l'enfant succomba à une pneumonie gauche.

(OBS. IV). — Une fillette de sept ans est prise dans la journée du dimanche, le 5 juin, de douleurs de ventre, de vomissements et de diarrhée. Les jours suivants, la fièvre est forte, la diarrhée persiste, mais les vomissements cessent. Cinq jours plus tard, l'enfant entre dans le service de M. Sevestre, qui constate l'état suivant: ventre douloureux et légèrement ballonné, langue sèche, gargouillements à la fosse iliaque droite; deux selles liquides dans la journée; à l'auscultation, râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine; température oscillant aux environs de 39 degrés. On porte le diagnostic de fièvre typhoïde. Puis les symptômes se modifient; outre la fièvre, et la douleur, on constate de l'empâtement et de la matité à la fosse iliaque droite, si bien que, n'était-ce la diarrhée, on abandonnerait le diagnostic de fièvre typhoïde pour penser à l'appendicite et à

1. Brun. Péritonite à pneumocoques. *La Presse médicale*, 1896, p. 33.

un abcès péri-cæcal. Peu à peu, l'amaigrissement devient considérable, le ventre se météorise, le facies se grippe, les yeux s'excavent, la diarrhée est fétide et presque incessante. Il est certain maintenant que cette enfant est atteinte de péritonite, peut-être la péritonite est-elle tuberculeuse, et cependant M. Sevestre émet l'hypothèse d'une péritonite à pneumocoques. En conséquence, la laparotomie médiane est pratiquée par M. Jalaguiet. L'incision donne issue à un flot de pus contenant de nombreuses fausses membranes et occupant le côté gauche de l'abdomen; un autre foyer existe à la fosse iliaque droite. L'examen bactériologique du pus permet de confirmer le diagnostic de péritonite à pneumocoques. Malgré une double broncho-pneumonie survenue les jours suivants, l'enfant a fini par guérir¹.

(OBS. V). — Le 19 mai, pendant le déjeuner, une fillette de huit ans, toujours bien portante, fut prise tout à coup d'accidents abdominaux graves. Elle n'avait éprouvé dans la matinée rien d'anormal; elle avait même été fort gaie au commencement du repas, puis vers la fin et brusquement, elle se plaignit d'une douleur d'abord sourde et peu intense, mais bientôt si vive qu'on craignit une syncope. L'enfant fut mise à l'air dans le jardin, puis on la coucha, et elle fut prise de vomissements qui se répétèrent d'une façon presque incessante. La douleur de ventre devint très vive, surtout à la région inguinale droite, et pendant toute la nuit, l'enfant ne cessa de gémir. En même temps, le pouls devint filiforme, incomptable, et les traits prirent l'aspect du facies péritonéal. Le lendemain, M. Sevestre vit la petite malade dont il a rapporté l'observation à la Société médicale des hôpitaux². A ce moment, le ventre est douloureux, surtout à la région inguinale droite; l'enfant a des évacuations fréquentes, peu abondantes, et formées surtout de matières glaireuses, sanguinolentes. On fait le diagnostic de péritonite sans en déterminer la cause et la nature. Le surlendemain, troisième jour de la maladie, survient une légère amélioration, les vomisse-

1. Cette observation est consignée dans la thèse de M. Morisse, *Péritonite à pneumocoques*. Paris, 1892.

2. Sevestre. *Société médicale des hôpitaux*, 1890.

ments s'arrêtent, le ventre est moins douloureux, mais il augmente de volume. Toute la région sous-ombilicale est rénitente et presque mate. Quelques jours plus tard, une collection liquide devient manifeste dans la fosse iliaque gauche, puis le ventre tout entier prend de fortes proportions. Le 22 juin, un mois après le début de la maladie, on constate au voisinage de l'ombilic une saillie rougeâtre, indice d'une collection purulente qui tend à s'ouvrir. M. Sevestre formule alors le diagnostic de péritonite pneumococcique, et M. Lucas-Championnière fait une ponction qui donne issue à quatre litres de pus. L'examen bactériologique de ce pus démontra qu'il s'agissait, en effet, d'une péritonite à pneumocoques sans adjonction d'aucun autre microbe. La suppuration s'étant bientôt reformée, on se décida à pratiquer la laparotomie. Quinze jours après, la guérison était complète.

(OBS. VI). — Le 1^{er} juillet 1896, une fillette de quatre ans et demi fut prise subitement de fièvre, de douleurs abdominales, de vomissements et de diarrhée. Elle fut transportée à l'hôpital des Enfants-Malades dans le service de M. d'Heilly. Pendant quatre semaines, la maladie suivit son cours jusqu'au moment où apparurent de nouveaux symptômes décrits par M. Brun dans la relation qu'il a faite de cette observation¹. A ce moment, 29 juillet, l'enfant se plaint de douleurs abdominales plus vives du côté droit; elle vomit et a toujours de la diarrhée. Le ventre n'est pas très volumineux, il est peu tendu, l'ombilic est rouge et saillant, la région sous-ombilicale est douloureuse à la pression, mate à la percussion. La température est de 37°,2, l'état général est assez bon. M. Brun porte le diagnostic de péritonite à pneumocoques et pratique la laparotomie médiane. L'incision donne issue à une assez grande quantité de pus verdâtre, sans odeur, avec nombreuses fausses membranes. Le pus évacué, on voit les anses intestinales recouvertes par un dôme membraneux, limitant, en haut et en arrière, une cavité qui, par en bas, communique librement avec l'excavation pelvienne. Le pus

1. Brun. Péritonite à pneumocoques. *La Presse médicale*, 27 février 1897.

contenait du pneumocoque à l'état de pureté. Les suites opératoires furent des plus simples; la guérison était complète le 17 septembre.

(OBS. VII). — Une fillette de quatre ans, de bonne santé habituelle, fut prise, il y a trois semaines, d'une violente douleur de ventre avec fièvre, diarrhée et vomissements. Depuis cette époque, les vomissements et la diarrhée ont cessé, mais les douleurs de ventre ont persisté. Traitée au début pour une fièvre typhoïde, cette enfant fut plus tard envoyée à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite. A son entrée dans le service de M. Brun, la température de la petite malade est de 37°,8; la partie sous-ombilicale de l'abdomen est modérément distendue; la cicatrice ombilicale est dépliée et, à ce niveau, la peau est rouge et amincie. Matité uniforme et absolue de toute la moitié inférieure de l'abdomen; la palpation, modérément douloureuse, donne l'impression d'une fluctuation assez vague. M. Brun pose le diagnostic de péritonite purulente enkystée à pneumocoques. Ajoutons que l'enfant toussait dès le début de sa maladie, et que l'on trouve encore, au tiers inférieur du poumon droit, quelques râles sous-crépitaux. On pratique la laparotomie médiane sous-ombilicale; l'incision tombe sur une poche contenant au moins un litre de pus verdâtre et bien lié. Après évacuation du pus, le doigt fait le tour d'une vaste cavité, tapissée de fausses membranes et isolée des anses intestinales, qui sont refoulées en haut et en arrière. L'examen bactériologique démontra la présence du pneumocoque à l'état de pureté. Les suites opératoires furent des plus régulières; la guérison était complète le 14 octobre, avec cicatrice froncée, sans éventration et état général excellent¹.

(OBS. VIII). — Une fillette de trois ans fut prise de broncho-pneumonie double avec fétentissement sur la plèvre; huit jours plus tard, survint une amélioration brusque et très notable; l'enfant retrouva l'appétit et la gaieté; toutefois, la défervescence ne fut pas complète, car la température du

1. Brun. Péritonite à pneumocoques chez l'enfant. *La Presse médicale*, 27 février 1897.