

soir avoisinait 38 degrés. Huit jours plus tard, apparurent brusquement de violentes douleurs de ventre avec diarrhée et vomissements; le ventre était tendu, ballonné et partout douloureux. Cinq jours après ce début, la palpation fit reconnaître à la partie inférieure du ventre une zone d'empâtement siège de matité; en même temps, l'ombilic se déplissait et la peau de cette région s'amincissait et prenait une coloration rougeâtre. Quelques jours plus tard M. Sevestre, tenant compte de l'existence antérieure de la broncho-pneumonie et des allures un peu particulières de l'affection abdominale consécutive, porta le diagnostic de péritonite à pneumocoques et conseilla l'intervention chirurgicale. M. Brun fut du même avis; il constata au niveau de la région sous-ombilicale, entre le pubis et l'ombilic une tuméfaction arrondie ayant les apparences d'un globe utérin ou d'une vessie distendue par l'urine. Une incision faite sur la ligne médiane, conduisit dans une poche contenant près d'un litre de pus verdâtre, bien lié, sans odeur, tenant en suspension de nombreuses fausses membranes. Après évacuation de pus, il fut facile de constater que la poche était très nettement limitée par les membranes qui la tapissaient. L'examen bactériologique du pus démontra l'existence du pneumocoque à l'état de pureté. L'opération fut aussitôt suivie d'une amélioration notable et de chute de la température; mais trois jours après, reparut une fièvre intense avec gêne respiratoire. Une pleurésie se déclara du côté droit, dans la région préalablement occupée par la broncho-pneumonie. La plèvre fut incisée et à travers l'incision s'écoula un verre à bordeaux de pus verdâtre, crémeux, contenant, lui aussi, le pneumocoque à l'état de pureté. Dès lors, l'amélioration fut rapide et quelques semaines plus tard, la guérison était complète¹.

(OBS. IX). — Un homme de trente-cinq ans fut pris brusquement, dans le cours d'une bonne santé, de douleurs abdominales intenses siégeant à peu près dans les parages de l'appendicite. Ces douleurs abdominales furent accompagnées de frissons, de fièvre, de vomissements alimentaires

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

et bilieux. Les jours suivants, les vomissements se calmèrent, la fièvre tomba et le malade se plaignit de ténésme vésical. Plus tard, M. J. Brault constata une volumineuse tumeur abdominale, mate, immobile, fluctuante et occupant la fosse iliaque et le flanc droits. On porta le diagnostic de péritonite purulente enkystée, très probablement, croyait-on, d'origine appendiculaire, et la laparotomie fut pratiquée. L'incision donna issue à plus d'un litre de pus laiteux et d'odeur infecte. Il n'y avait pas trace d'appendicite, et la poche péritonéale était tapissée de fausses membranes épaisses, fibrinoïdes, qui cachaient les anses intestinales. L'examen bactériologique du pus décela la présence du pneumocoque. Les suites de l'opération furent normales et le malade ne tarda pas à guérir¹.

Si je joins aux neuf cas que je viens de vous citer, huit autres cas dont il sera question dans le courant de cette leçon, j'arrive à un total de dix-sept observations qui vont me servir à vous retracer l'histoire de la péritonite pneumococcique. De même qu'il y a des pleurésies pneumococciques, des méningites pneumococciques, des endocardites pneumococciques, de même, il y a des péritonites pneumococciques. Ces péritonites sont presque toujours *primitives*, ce qui veut dire qu'elles éclatent en pleine santé chez des sujets qui n'avaient aucune autre infection à pneumocoque. La forme secondaire est extrêmement rare; qu'il s'agisse de malades déjà atteints de n'importe quelle localisation de l'infection pneumococcique, pneumonie, broncho-pneumonie, pleurésie, méningite, otite, endocardite, la localisation secondaire du pneumocoque au péritoine est exceptionnelle; il suffit de rappeler ses souvenirs pour voir combien est rare l'éclosion d'une péritonite pneumococcique au cours d'une pleurésie ou d'une pneumonie. Sur dix-sept observations, la péritonite à pneumocoques figure quinze fois, à titre de péritonite primitive et deux fois seulement à titre d'affection secondaire, précédée par une infection pulmonaire.

1. J. Brault. Péritonite purulente enkystée à pneumocoques. *La Semaine médicale*, 23 février 1895.

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 M. Boulay¹, 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 est fort rare chez l'adulte², je ne la trouve signalée que deux fois sur dix-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 et demi. Les deux observations de M. Sevestre³ concernent deux fillettes, l'une de sept ans, l'autre de huit ans. L'observation de M. Moizard⁵ concerne une fillette de sept ans. L'observation de M. Gaillard⁴ concerne une fillette de onze ans. Les cinq observations de M. Brun⁶ concernent des fillettes de quatre ans, de trois ans, de sept ans, de huit ans, de quatre ans et demi. L'observation de M. Kirrison⁷ concerne un enfant de sept ans. Les trois observations de Goriastckine⁸ concernent deux fillettes, l'une de neuf ans,

1. Boulay. *Les affections à pneumocoques*. Thèse de Paris, 1891.

2. Arnoz et Cassaët. *Société médicale des hôpitaux*, 18 janvier 1894.

3. Sevestre. *Société médicale des hôpitaux*, 1890, et thèse de Morisse, *Péritonite à pneumocoques*, Paris, 1892.

4. Lecoq. *Péritonite à pneumocoques*. Thèse de Paris, 1893.

5. Gaillard. *Société médicale des hôpitaux*, novembre 1890.

6. Brun. *La Presse médicale*, janvier 1896.

7. Kirrison, *Société de chirurgie*, 8 mai 1895.

8. Degos. *Péritonite à pneumocoques*. Thèse de Bordeaux, 1895.

l'autre de sept ans et un garçon de dix ans. L'observation de M. Pochon concerne une fillette de deux ans et demi¹. L'observation de M. Remy concerne un enfant de onze ans².

Presque tous ces cas, vous le voyez, 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 plusieurs observations³; d'autre part, la présence du pneumocoque ayant été constatée dans la cavité utérine (Boulay), « il est permis de se demander, dit M. Brun, si la péritonite pneumococcique ne pourrait pas, à la rigueur, reconnaître la même pathogénie que d'autres péritonites; passage du micro-organisme pathogène 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.

Un premier point domine la description de la péritonite à pneumocoques, 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. Rappelez-vous nos observations, et vous trouvez presque partout ce début soudain, douloureux et fébrile: la petite malade, qui fait le sujet de mon observation, avait dîné 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. La fillette de la deuxième observation s'était couchée, elle aussi, bien

1. Pochon. *La Médecine infantile*, 15 juin 1893.

2. Remy et Courdoux. *Journal de clinique et de thérapeutique infantile*, 30 avril 1896.

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

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 de nos observations, où vous retrouvez le 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 toujours fébrile, parfois très fébrile; on a même comparé l'élévation brusque de la température atteignant 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 pneumococcique est d'emblée fort élevée, il en est d'autres, comme chez la fillette de notre observation, où, pendant les deux premiers jours de la maladie, 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 cause de cette diarrhée qui fait partie des symptômes initiaux, il est certain

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

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. Reprenez nos observations et vous verrez combien la diarrhée y est fréquemment signalée¹. Chez la petite malade qui fait le sujet de mon observation, 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 de la quatrième, sixième et septième observation, 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. 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; cette idée, nous la trouvons émise dans bon nombre d'observations. Il faut convenir que, dans quelques cas, ce diagnostic serait assez embarrassant, au moins pendant quelques jours, si le séro-diagnostic, ce merveilleux moyen que nous devons à M. Widal, ne levait sur-le-champ 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 la fillette qui fait le sujet de notre observation.

A mesure que le ventre se tuméfie, la matité se cantonne habituellement à la région hypogastrique et aux flancs; la palpation dénote l'empâtement et la rénitence de la même région et on y perçoit du liquide. Alors le diagnostic de péritonite s'impose; si cette péritonite se circonscrit à la région ilio-inguinale on revient volontiers au diagnostic d'appendicite avec abcès péritonéal. Parfois, à cette phase, l'enfant maigrit et se cachectise, bien que la fièvre soit nulle ou peu élevée; le nez s'effile, les yeux s'excellent, le ventre grossit, reste douloureux, et, ainsi que vous l'avez vu dans plusieurs de nos observations, on pense alors à une péritonite tuberculeuse. 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 MM. Brun, Moizart, Kirmisson, Pochon, Sevestre); elle pourrait être évitée si l'opération était faite à temps; on a même publié des observations où l'ouverture spontanée s'est faite non seulement à l'ombilic, mais au vagin (Brun, Pochon)¹. Le liquide de la péritonite pneumococcique est quelquefois très abondant, puisqu'on a constaté jusqu'à trois et quatre 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, surtout si la péritonite est secondaire, ou même si elle est primitive, 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.

1. Pochon. *La médecine infantile*, 15 juin 1893.

Telle est l'évolution de la péritonite à pneumocoques. Je vous ai déjà indiqué, chemin faisant, comment il vous sera 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, vous ne le retrouvez au complet dans aucune autre maladie abdomino-péritonéale, il sera donc votre guide, quelle que soit la période à laquelle vous ayez à faire le diagnostic. Dès que le liquide péritonéal est appréciable, on peut en extraire quelques gouttes au moyen d'une aspiration exploratrice, et rechercher le pneumocoque.

La péritonite pneumococcique, vous 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 M. 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 M. Brault, la péritonite occupait la moitié inférieure droite de l'abdomen. Dans un cas de M. Sevestre, la péritonite opérée par M. Lucas-Championnière s'était enkystée au-dessous de l'ombilic. Dans un cas de M. Gaillard, la péritonite était cloisonnée et M. Jalaguier eut plusieurs poches à ouvrir. Le liquide péritonéal 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, vous le savez, peut n'être pas purulente. Dans le liquide nagent de nombreux flocons et d'épaissés membranes. Le *pneumocoque* est habituellement

le seul microbe trouvé dans le liquide péritonéal, il est facile d'en constater la présence par l'examen bactériologique; mais à l'autopsie, ou même pendant la vie, au cas de fistule ombilicale, d'autres microbes, et surtout le colibacille ont eu le temps d'envahir la cavité péritonéale.

Abordons le *traitement* de la péritonite à pneumocoques. Livrée à elle-même, cette maladie est souvent mortelle, et le sujet succombe à une infection plus ou moins généralisée, avec localisations secondaires (plèvre, poumon, cœur, etc.). Il est donc utile d'intervenir, non pas par simple ponction, mais par laparotomie avec incision large suivie de lavage et de drainage de la poche suppurée. Non seulement il faut intervenir, mais il faut intervenir *en temps voulu* et 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 insuccès, au contraire, doivent être mis sur le compte de l'opération tardive; le malade opéré tardivement est déjà, je vous le répète, sous le coup d'infections secondaires et il succombe à une infection du poumon, comme un des petits malades de M. Brun, à une infection du péricarde et des plèvres, comme un des petits malades de M. Jalaguier.

Dans le cas où la péritonite s'est spontanément ouverte à l'extérieur, faut-il s'abstenir de pratiquer la laparotomie? La guérison, il est vrai, a été observée dans quelques cas de ce genre, mais l'évacuation spontanée du pus ne m'inspire qu'une médiocre sécurité. Deux complications, en effet, sont à craindre près 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 M. Moizart; l'autre, c'est la reprise de l'infection dans des clapiers péritonéaux incomplètement vidés comme chez la fillette opérée par M. Lucas-Championnière, et le retour de la fièvre et des accidents. L'intervention chirurgicale pratiquée en temps opportun, est donc, en toute circonstance, le seul traitement rationnel à opposer à la péritonite pneumococcique.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1. — La péritonite à pneumocoques est presque toujours primitive, elle ne survient qu'à titre exceptionnel dans le cours des autres infections pneumococciques.

2. — Très rare chez l'adulte, la péritonite à pneumocoques est relativement fréquente chez l'enfant, surtout entre trois et douze ans. Les petites filles y sont beaucoup plus sujettes que les petits garçons.

3. — Le début de la péritonite à pneumocoques est brusque et soudain, il n'y a pour ainsi dire jamais de prodromes. Une vive douleur de ventre (point de côté abdominal), les vomissements, la diarrhée, la fièvre, forment un syndrome qui annonce l'entrée en scène de la maladie.

4. — Plus tard le ventre se développe, le liquide se forme, se collecte en foyers plus ou moins étendus, et tend à se faire jour par l'ombilic. Le pus de cette péritonite est crémeux, bien lié, verdâtre, inodore et tient en suspension de nombreuses membranes fibrineuses.

5. — Le pneumocoque, à l'état de pureté, est l'agent pathogène de cette péritonite.

6. — Suivant les étapes de la maladie, le diagnostic doit être fait avec l'appendicite, avec la fièvre typhoïde, et avec la péritonite tuberculeuse.

7. — L'intervention chirurgicale est le seul traitement de la péritonite à pneumocoques, qui, prise à temps, guérit presque toujours.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
PREMIÈRE LEÇON	
LEÇON D'OUVERTURE (14 novembre 1896)	4
DEUXIÈME LEÇON	
ŒDÈME BRIGHTIQUE SURAIGU DU POUMON	23
TROISIÈME LEÇON	
ŒDÈME BRIGHTIQUE DU LARYNX	49
QUATRIÈME LEÇON	
LES LÉSIONS SYPHILITIQUES DE L'AORTE	71
CINQUIÈME LEÇON	
LES LÉSIONS SYPHILITIQUES DE L'AORTE (suite)	91
SIXIÈME LEÇON	
LES LÉSIONS SYPHILITIQUES DE L'AORTE (suite et fin)	113
SEPTIÈME LEÇON	
ANGINE DE POITRINE TABÉTIQUE	131
HUITIÈME LEÇON	
UN CAS DE CHORÉE MORTELLE	148