

sieurs observations<sup>1</sup>; d'autre part, la présence du pneumocoque ayant été constatée dans la cavité utérine (Boulay), « il est permis de se demander, dit Brun, si la péritonite pneumococcique ne pourrait pas, à la rigueur, reconnaître la même pathogénie que d'autres péritonites; passage du micro-organisme 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.

La description que je vais entreprendre vise le cas le plus habituel, la péritonite pneumococcique primitive de l'enfant, car chez l'adulte la maladie se comporte un peu différemment, elle est plus souvent secondaire, elle est plus sujette aux complications extra-péritonéales, elle peut être accompagnée de thromboses multiples<sup>2</sup> (artères sylvienne, radiale, poplitée).

Un premier point domine la description de la péritonite primitive pneumococcique, 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. Reprenons les observations que j'ai rassemblées dans ma leçon clinique et nous trouvons presque partout ce début soudain, douloureux et fébrile: la petite malade, qui fait le sujet de mon observation, avait diné 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.

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

2. Ménétrier et Legroux. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 13 juillet 1900.

— La fillette de la deuxième observation s'était couchée, elle aussi, bien 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 des observations: 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 habituellement fébrile, parfois très fébrile: on a même comparé l'élévation brusque de la température (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<sup>1</sup> est d'emblée fort élevée, il en est d'autres, comme chez la fillette de notre observation où, pendant les deux premiers jours, 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

1. E. Cassât. De la péritonite à pneumocoques. *Archives cliniques de Bordeaux*, 1896, n° 3, 4 et 5.

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 flancs; 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 Pombilic (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, Mozart, 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, Pochon<sup>1</sup>). 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.