

Clinique Médicale

Par M. le Prof. Dieulafoy

La septicémie gonococcique

Un homme adulte entre à l'hôpital avec tous les signes d'une fièvre typhoïde datant de huit jours: courbature, maux de tête, insomnie, stupeur, diarrhée avec ballonnement intestinal et sensibilité dans la fosse iliaque, taches rosées lenticulaires sur le ventre, rate grosse, fièvre, T. s. 39 degrés.

Le malade, néanmoins, n'a pas eu d'épistaxis et la poitrine est libre de sibilances. Le lendemain, un mieux se déclare. La température tombe de 1-degré et demi et marque 37.7. Se trouverait-on en face de ces rémissions thermiques qu'on observe assez souvent le septième ou huitième jour de la fièvre typhoïde? On sait que ces abaissements thermiques, au cours de la dothiéntérie se prolongent douze à vingt heures; après quoi, la fièvre remonte lentement. Ici, la reprise fébrile s'opéra brusquement au bout de vingt-quatre heures. Le thermomètre marqua 39 1-2 et des sueurs profuses inondèrent le malade. On pouvait se demander s'il s'agissait d'une fièvre typhoïde à forme sudorale. Celle-ci s'observe communément au Sud de l'Italie. M. Jaccoud l'a décrite et M. Dieulafoy en a observé plusieurs exemples. Dans cette variété morbide, les malades ont des frissons répétés plusieurs fois par jour, des sueurs suivent sans qu'on puisse incriminer le paludisme. La quinine demeure sans action sur de pareils états. Ajoutons une céphalée forte, l'absence de stupeur et de phénomènes cérébraux, l'absence de diarrhée et le tracé spécial de la fièvre, qui de rémittente devient peu à peu continue.

Cette fièvre typhoïde sudorale est bien une fièvre typhoïde vraie et non une paratyphoïde; le séro-diagnostic y est positif, ainsi qu'il a été observé dans un cas récent.

Chez le malade actuel, le séro-diagnostic, pratiqué à diverses reprises, demeure absolument négatif. Il ne s'agissait donc pas de fièvre typhoïde. En effet, dès le lendemain, le cœur était touché: un souffle râpeux, systolique, occupait la valvule mitrale. Or, si les lésions du myocarde et des vaisseaux sont fréquentes dans la fièvre typhoïde, les lésions de l'endocarde y restent absolument exceptionnelles. Il fallait donc chercher ailleurs.

On examina le malade de plus près et l'on découvrit un léger suintement puruleux hors de l'urèthre. Il avait eu la blennorrhagie un mois auparavant; puis son écoulement avait brusquement cessé au moment de la montée fébrile. La culture du sang (5 centimètres cubes dans du bouillon), l'ensemencement sur gelose donnent lieu à une culture pure

de gonocoques. Le malade était donc atteint d'une endocardite, compliquant une septicémie gonococcique.

L'endocardite gonococcique est une complication fréquente, mais grave. Trois malades eussent guéri.

Ici, l'état s'aggrave. La fièvre reste haute, la respiration devient saccadée; la stupeur augmente; une nouvelle poussée de taches lenticulaires se produit, celle-ci envahissant le ventre, le thorax, les cuisses.

De plus, les bronches se prennent. On constate de la submatité aux deux bases des poumons et, en plus, un foyer de gargouillement à la base du poumon gauche avec production de souffle pseudo-tubaire. Il s'agit d'une broncho-pneumonie double; quelques frottements pleuraux indiquent la participation de la plèvre. L'expectoration est muco-purulente et contient à la fois des gonocoques et des pneumocoques.

La médication par la sparteine et les bains tièdes ne fournit pas de résultats appréciables. C'est alors qu'à deux à trois jours d'intervalle, M. Dieulafoy injecte du vaccin gonococcique (ce dernier emprunté à Wright, de Londres): 2 petits tubes contenant 5 millions de gonocoques et un troisième en renfermant 10 millions. La température baisse. Les nuits sont meilleures, le souffle du cœur est moins râpeux, la broncho-pneumonie se résorbe, l'expectoration tarit. On croit le malade guéri. L'apyrexie est complète pendant 48 heures; mais voici que la fièvre remonte. Une nouvelle complication cardiaque surgit. On perçoit un frottement péricardique qui nécessite une nouvelle injection de vaccin gonococcique (10 million de gonocoques).

Le lendemain, le sujet va mieux et la guérison se prépare. Sa maladie rentrera, conséquemment, dans l'histoire des trois malades atteints d'endocardite plastique bénigne au cours de la septicémie blennorrhagique et qui ont fini par guérir. D'après une statistique de Faure-Beaulieu, l'endocardite gonococcique a envahi douze fois les valvules aortiques, six fois la valvule mitrale, deux fois la tricuspide, une fois les valvules de l'artère pulmonaire. A plusieurs reprises, l'endocardite gonococcique a frappé des valvules préalablement touchées par une endocardite rhumatismale.

Dans tous ces exemples, la culture du sang a révélé la présence du gonocoque et les végétations des valvules artificielles contenaient du gonocoque. Des embolies peuvent suivre le détachement d'une végétation. C'est ainsi que M. Vidal a observé, sur un de ses malades, une embolie de l'artère poplitée.

Mais nous n'avons pas fini avec les curiosités cliniques présentées par le sujet.

La remontée fébrile qu'il présenta et qui suivit le frottement péricardique fut le signal d'une nouvelle infection. Et cette fois, il s'agit d'une fièvre typhoïde, car le séro-diagnostic répété à plusieurs reprises se montra régulièrement positif et la culture du sang révéla des bacilles à forme éberthienne en même temps que des gonocoques. Où le malade avait-il contracté cette nouvelle infection qui demeura bénigne et se termina en une vingtaine de jours? S'agit-il d'une fièvre typhoïde contractée dans les salles ou bien l'infection était-elle d'origine hydrique ou alimentaire? On ne sait pas.