

Les péritonites généralisées d'origine appendiculaire seront ouvertes et drainées suivant les règles générales indiquées plus loin à propos des péritonites aiguës.

Les foyers circonscrits seront découverts par une incision dont le siège variera avec leur localisation. En règle générale, il conviendra d'adopter l'incision de Roux (de Lausanne), longue de 15 à 18 centimètres, placée à 1 centimètre en avant de l'épine iliaque, mi-partie au-dessus, mi-partie au-dessous. Après section des muscles couche par couche jusqu'au fascia transversalis, si le péritoine paraît adhérent, on l'ouvre au voisinage du cæcum, que le doigt refoule en dedans et en avant, en procédant par voie de décollement jusqu'à l'apparition du pus. S'il n'existe pas d'adhérences, il vaut mieux décoller complètement le péritoine iliaque. Enfin, si l'on a ouvert le péritoine libre, la collection étant péri-cæcale, on pourra se contenter d'un tamponnement à la gaze iodoformée destiné à guider ultérieurement la marche du pus, ou mieux on ouvrira immédiatement le foyer après avoir protégé le pourtour avec des compresses, ou par une suture du cæcum au péritoine pariétal antérieur. — Quant à l'appendice, il sera réséqué, mais seulement s'il est accessible, sans danger de déchirure des organes voisins ou d'ouverture de la grande cavité péritonéale.

Dans l'appendicite à rechutes, on attendra pour intervenir six semaines au moins après la dernière crise. L'opération présente parfois quelques difficultés dans la recherche et la libération de l'appendice. Néanmoins, la mortalité est presque nulle et la guérison presque toujours parfaite.

CHAPITRE III

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES PÉRITONITES

1° Péritonites aiguës généralisées.

La péritonite aiguë généralisée s'observe dans des conditions très variées qui permettent de reconnaître des péritonites de cause générale, qui sont la manifestation d'un état infectieux de l'économie (infection purulente, fièvres éruptives, érysipèles, etc.) et des péritonites de cause locale. Ces dernières succèdent à une

infection directe de la séreuse dont la porte d'entrée peut-être extérieure (plaies de l'abdomen, laparotomie) ou interne (rupture ou perforation des viscères ou de poches purulentes juxta-péritonéales, ou encore propagation par voie lymphatique d'une infection voisine de la séreuse).

Aujourd'hui la péritonite généralisée de cause locale est considérée comme toujours passible de la laparotomie. La seule difficulté consiste dans l'établissement d'un diagnostic précoce. Quant à la péritonite de cause générale, comme elle est moins grave et aboutit moins sûrement à la suppuration que la forme précédente, elle permet de temporiser tant que les symptômes restent peu intenses.

On appliquera alors le traitement médical dont l'emploi s'impose absolument dans tous les cas et constitue un adjuvant très précieux de l'intervention opératoire. Ce traitement a pour base la médication opiacée, l'application large de glace sur le ventre et l'administration du sérum artificiel par voie sous-cutanée dans les cas particulièrement graves.

Pour faire la laparotomie, on pratiquera une incision médiane à laquelle on pourra en joindre d'autres latérales pour faciliter le drainage, surtout s'il existait plusieurs poches purulentes. Celles-ci doivent être soigneusement cherchées et prudemment ouvertes. On fera une irrigation large du péritoine avec de l'eau salée stérilisée. Le péritoine ayant été abstergé avec des éponges ou des compresses, on établira un drainage avec de gros tubes entourés de gaze iodoformée pour les isoler des anses intestinales. Ces tubes ne seront enlevés que lorsque l'écoulement paraîtra tari, en moyenne vers le sixième jour.

Cette thérapeutique active n'a encore procuré qu'un nombre restreint de succès, et le résultat est toujours nul dans la forme de péritonite putride diffuse. Il est à remarquer que les succès sont manifestement d'autant plus nombreux que l'opération est plus précoce. Houzé a rapporté 14 cas de guérison; la laparotomie avait été faite de trois à vingt-quatre heures après le début des accidents.

II. — Péritonite tuberculeuse.

En 1863, Spencer Wells, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, pratiqua la laparotomie chez une jeune fille atteinte de péritonite tuberculeuse. La malade guérit; quatre ans après, elle put se marier.

Mais c'est à Kœnig (1884) que revient l'honneur d'avoir nettement préconisé l'intervention chirurgicale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. Depuis cette époque, de nombreux travaux ont paru sur cette question; nous nous bornerons à mentionner les noms de Truc, Kummel, Maurange, Ceccherelli, Routier et Pic. Ce dernier, dans sa thèse inaugurale de 1890, put déjà réunir 138 cas.

Des statistiques connues, il semble résulter qu'un quart environ des malades peuvent être considérés comme guéris.

Les moyens employés par les chirurgiens sont nombreux: ponction simple, laparotomie avec ou sans lavage, avec excision, grattage et résection d'organes tuberculeux; mais il est évident que l'indication opératoire dépend avant tout de la forme clinique de la maladie. Aussi, sans vouloir en esquisser ici le tableau symptomatologique, devons-nous en rappeler les types principaux.

A. *Péritonite miliaire aiguë*. — Les lésions sont rarement limitées au péritoine; la plèvre participe presque toujours au processus tuberculeux. Dans cette forme, les lésions n'ont pas encore eu le temps d'évoluer; l'ascite est souvent considérable; le liquide épanché est citrin, verdâtre, parfois sanguin, rarement séro-purulent. La cavité péritonéale est libre, *non cloisonnée*.

B. *Péritonite tuberculeuse ulcéreuse*. — Dans cette forme, la cavité péritonéale est *cloisonnée*, la séreuse recouverte de fausses membranes épaisses, infiltrées de tubercules qui forment des amas caséux suppurants. Dans les enkystements fermés par les adhérences, il y a du liquide, souvent purulent, parfois rougeâtre, teinté de sang, de couleur chocolat, parfois encore d'aspect graisseux.

La péritonite peut s'enkyster en des points déterminés (hypocondres, épaisseur du grand épiploon, petit bassin).

Il est rare que la péritonite tuberculeuse se limite au péritoine. Le processus tuberculeux s'étend aux ganglions mésentériques et pelviens, à l'intestin, à la plèvre, aux poumons et aux organes génitaux.

Cette forme ulcéreuse de la péritonite tuberculeuse évolue de deux façons: *a*, la péritonite détruit toute l'épaisseur de la paroi intestinale et des perforations se produisent, les liquides péritonéaux et intestinaux mélangés forment un putrilage infect; *b*, l'ulcération s'étend vers la peau et forme un abcès abdominal qui s'ouvre à l'extérieur.

C. *Péritonite tuberculeuse fibreuse*. — Les tubercules prennent naissance dans le tissu conjonctif profond. Dans cette forme, l'ascite est fréquente et constituée par un liquide jaunâtre, transparent, un peu séro-purulent, parfois sanguinolent; la phlegmasie est peu vive. Ses lésions peuvent persister longtemps à l'état stationnaire; mais l'évolution du travail cicatriciel peut se poursuivre par suite de la formation de bourgeons de tissu embryonnaire; les feuillettes du péritoine s'accolent, les liquides épanchés se résorbent; bientôt le tissu embryonnaire se transforme en tissu conjonctif; des brides, des cloisons, des adhérences solides et rétractiles s'établissent entre les organes et étouffent en même temps les granulations tuberculeuses. Celles-ci subissent aussi la transformation fibreuse. Dans ces cas, l'évolution du tissu fibreux domine l'évolution du tubercule.

Si l'on fait la synthèse des formes anatomiques que nous venons de passer en revue, il en ressort que la péritonite tuberculeuse comprend en réalité deux formes, la forme aiguë ou suraiguë, tuberculeuse miliaire, et la forme chronique, tuberculose ulcéreuse ou fibreuse, qui se combinent et s'associent fréquemment, empruntant même, grâce à des poussées fréquentes, le masque de la forme aiguë.

Mais il est un symptôme, commun à toutes les formes de la péritonite et qui ne peut en aucune façon caractériser une individualité clinique, qu'il importe au chirurgien de mettre au premier plan: c'est l'ascite. Plus ou moins indifférente au médecin, elle prime tous les autres symptômes aux yeux du chirurgien. Pour lui, il y a des péritonites tuberculeuses sèches et des péritonites tuberculeuses ascitiques, et ce sont ces dernières qui ont toujours fourni le plus grand nombre de succès opératoires; la raison de ces succès se trouve dans l'absence ou le petit nombre des adhérences, dans l'absence de fausses membranes qui laissent ouvert à l'opérateur tout son champ d'action.

En résumé, dans la péritonite miliaire aiguë, la laparotomie, bien qu'elle donne peu de chances de succès, peut être tentée, surtout quand un épanchement ascitique apparaît, puisque par l'abstention on a tout à perdre et rien à gagner.

C'est dans la forme ascitique, généralisée ou partielle, que l'opération est le mieux indiquée. La forme sèche, fibreuse, qui tend naturellement à la guérison, ne doit être opérée que si elle donne lieu à des douleurs ou à des signes d'occlusion intestinale. Dans la

forme ulcéreuse, l'intervention n'est justifiée que s'il se manifeste une collection purulente localisée qui doit être évacuée au même titre que les abcès de toutes les régions.

L'intervention chirurgicale aura d'autant plus de chances d'être efficace que les conditions suivantes seront mieux remplies :

a. Elle sera précoce.

b. Les lésions seront localisées.

c. Elles prédomineront sur le péritoine, ou, en d'autres termes, la péritonite sera l'affection principale, et non un épisode d'une infection plus ou moins généralisée.

Quels sont nos moyens d'intervention ?

La ponction simple est un moyen palliatif de l'ascite, mais nullement curatif.

La ponction suivie de lavage a donné un résultat heureux entre les mains de Debove; mais ce moyen, qu'il sera bon d'essayer dans certaines formes, ne trouvera guère son application dans la majorité des cas qui se présenteront. C'est à la laparotomie qu'il faudra presque toujours en venir.

L'opération sera faite largement : la paroi abdominale sera incisée au-dessous de l'ombilic, au niveau de la ligne blanche; dans les formes enkystées, l'incision portera sur le point où la fluctuation sera le plus manifeste.

Dans la forme ascitique non purulente, dépourvue de flocons fibrineux ou fibrino-purulents, l'incision sera immédiatement suivie de la fermeture du ventre, après assèchement des dernières gouttes de liquide au moyen d'éponges et de compresses.

C'est à cette sobriété dans l'intervention, qui ne s'applique, il est vrai, qu'aux cas les plus simples, que sont dus les plus beaux résultats.

Dans les formes purulentes ou putrides, l'incision sera suivie du lavage de la cavité abdominale, au moyen de l'eau stérilisée, à la température de 40 à 45 degrés.

On a également conseillé le drainage de la cavité abdominale au moyen de tubes ou de mèches plongeant profondément; mais nous ne voyons dans ce procédé qu'un appel à la formation de fistules, à la dissémination de l'infection tuberculeuse.

Aussi le rejetons-nous, de même que la pratique qui consiste à libérer les anses intestinales agglutinées par les fausses membranes.

En résumé, pour nous, l'intervention se résume à la laparotomie simple, suivie ou non de lavage.

CINQUIÈME PARTIE

HERNIES ABDOMINALES

On désigne sous le nom de hernies abdominales les tumeurs que forment à l'extérieur les organes contenus dans l'abdomen en s'échappant au travers des parois de cette cavité.

Cette issue se produit par un des orifices ou des points faibles normaux de la paroi abdominale : hernies *acquises*; les hernies se font alors en des régions parfaitement déterminées et se subdivisent de ce fait en plusieurs variétés anatomiques distinctes : hernies inguinales, crurales, ombilicales, etc., dont chacune exige une description particulière.

Dans d'autres cas, le point faible de la paroi est créé par la persistance anormale d'une disposition anatomique transitoire, d'origine fœtale ou embryonnaire; les hernies se produisant dans ces circonstances sont dites *congénitales*, quoiqu'elles puissent être postérieures à la naissance et que la disposition anatomique qui permet leur production soit seule congénitale.

À côté de ces deux catégories de hernies qui constituent le groupe des hernies *spontanées*, existe le groupe des hernies *traumatiques*.

Le traumatisme peut être immédiat ou lointain. Immédiat, lorsqu'une portion plus ou moins considérable des viscères fait issue à travers une plaie de la paroi. Ces accidents appartiennent en propre à l'histoire des plaies pénétrantes de l'abdomen.

Le traumatisme, au contraire, sera lointain, lorsque la hernie reconnaîtra pour cause la distention d'une cicatrice consécutive à une plaie de la paroi.

Cette variété de lésion se rapprochera plus ou moins de l'*éventration*, qui s'observe le plus souvent au niveau de la ligne blanche,