

Dans ces formes éminemment septiques, les symptômes de la péritonite s'effacent devant les symptômes d'infection et d'intoxication générales. Il est des formes encore qui semblent demeurer aussi en dehors de toute action chirurgicale: ce sont celles, quelle que soit leur origine, « où l'infection de la séreuse est massive et n'a pas le temps d'aboutir à un processus suppuratif plus ou moins circonscrit, où la septicémie d'emblée domine la phlegmasie locale » (Forgues et Reclus).

Dans la *péritonite aiguë généralisée, consécutive à la perforation spontanée, par ulcération ou par gangrène de l'estomac, de l'intestin, de la vésicule biliaire, et dans la péritonite généralisée symptôme unique ou principal d'une infection locale*, telle la péritonite puerpérale, dans laquelle les phénomènes péritonéaux secondaires à l'inflammation utérine sont en première ligne, la laparotomie semble bien être la seule chance de succès: elle permet d'évacuer la cavité péritonéale des liquides septiques, elle permet de nettoyer et de désinfecter le péritoine, de supprimer ou de rendre inoffensive pour la séreuse la perforation, cause initiale des accidents, et de drainer la séreuse infectée.

De l'avis des chirurgiens, l'opération dans ces formes de péritonite doit être hâtive et exécutée avec rapidité. Lorsque les accidents péritonéaux succèdent à une perforation, généralement il est de règle de n'intervenir qu'après les symptômes du shock initial: le collapsus initial sera combattu avant l'opération par les *frictions* stimulantes sur les membres, les injections d'*ether* ou de *cafféine*, les grandes injections de *sérum artificiel*, l'application de la *chaleur*. Le collapsus terminal, s'il n'est pas une contre-indication formelle à l'opération, ne laisse plus guère d'espoir à l'action opératoire. Dans les cas où l'intervention est jugée nécessaire, étant donnée la gravité de la maladie, il n'y a guère à tenir compte de l'âge du malade et de ses tares antérieures.

B. — Avant l'avènement de l'ère de la laparotomie, le *diagnostic* exact de la péritonite importait peu quant au traitement médical, qui pouvait être appliqué dans les cas

douteux aussi bien que dans les formes confirmées; actuellement, le diagnostic de péritonite généralisée entraînant très souvent l'intervention opératoire, il peut paraître plus urgent de dépister à temps la péritonite; mais il faut ajouter que la laparotomie exploratrice, considérée par nombre de chirurgiens comme à peu près inoffensive, permet quelquefois, en cas d'hésitation entre péritonite et péritonisme, de trancher la question et de décider la conduite à tenir.

Lorsque la péritonite survient à la suite de perforation spontanée de l'estomac, de l'intestin, etc., chez un individu bien portant ou chez un individu malade, mais dont l'état général est peu atteint, par exemple chez certains individus porteurs d'ulcères ronds de l'estomac, le diagnostic est ordinairement facile: aux symptômes de la perforation (shock initial, collapsus, vomissements, douleur abdominale localisée), succèdent bientôt les symptômes assez bruyants de la péritonite. Cependant si la péritonite par perforation, dans ces cas, se distingue assez rapidement de la colique hépatique, de la colique néphrétique, de la colique de plomb, de certains empoisonnements, de l'étranglement herniaire, elle est souvent plus difficile à séparer de l'obstruction intestinale: la disparition de la matité hépatique et l'apparition de matité dans les flancs différencient le mieux la péritonite par perforation de l'obstruction.

Lorsque la péritonite par perforation survient au cours d'une maladie atteignant plus ou moins profondément l'état général, les symptômes sont habituellement plus vagues, et le diagnostic peut demeurer hésitant, à un moment où l'hésitation dans le choix du traitement ne devrait pas être permise.

En fait, il n'existe pas de signe pathognomonique de la péritonite généralisée: les symptômes attribués à celle-ci peuvent être réalisés dans le péritonisme ressortissant à une péritonite localisée. D'ailleurs, « s'il est facile de reconnaître une péritonite franche où aucun des signes classiques ne fait défaut, il n'en est plus de même des cas insidieux où tous les éléments du diagnostic ne résident plus que dans des nuances » (Le Dentu). Dans ces cas, où les vomissements peuvent

manquer, où la fièvre est insignifiante, où le ventre est plat ou rétracté, la connaissance de la péritonite doit se fonder surtout sur la fréquence du pouls coïncidant avec une température normale, sur l'accélération du rythme respiratoire, sur la diminution ou la suppression de la sécrétion urinaire, sur la rigidité de la paroi abdominale, sur le refroidissement des extrémités, sur le facies spécial.

C. — *Suivant les conditions qui ont déterminé les phénomènes péritonéaux*, l'intervention chirurgicale devra être plus ou moins hâtive. Dans certains cas, pour conserver des chances d'efficacité, elle devra se faire dès les premières lueurs de péritonite, dès qu'apparaissent le ballonnement du ventre, la douleur abdominale, les vomissements, les selles sanguinolentes, les urines rares, la submatité dans les fosses iliaques. Très précoce, la laparotomie ne trouvera peut-être, il est vrai, quelquefois que des péritonites localisées qui en imposaient pour des péritonites généralisées : elle pourra même ne découvrir aucune péritonite.

La *suppuration généralisée du péritoine consécutive à l'appendicite et à la perforation de l'appendice iléo-cæcal*, trouve dans la laparotomie seule, rapidement exécutée, son unique chance de salut. Et encore la curabilité de la péritonite généralisée purulente ou séro-purulente d'origine appendiculaire, est-elle considérée par beaucoup d'auteurs comme contestable ; par contre, la *péritonite diffuse suppurée à foyers multiples*, ou la péritonite suppurée étendue à la moitié inférieure ou à la moitié droite de l'abdomen, est parfaitement curable par l'intervention chirurgicale ; la *forme toxique diffuse sans suppuration*, au contraire, demeure généralement en dehors de toutes les ressources de la chirurgie.

Étant donnée la fréquence, dans l'appendicite, de phénomènes de péritonisme semblables à ceux de la péritonite, quelques auteurs conseillent encore de ne pas opérer trop hâtivement, d'observer d'abord si les phénomènes péritonéaux s'amendent par le traitement médical ou se localisent ; d'autres sont d'avis de pratiquer la laparotomie, dès que les symptômes

péritonéaux diffus prédominent ; dans les cas très graves, même lorsque la lésion péritonéale reste très indécise, l'intervention très précoce est le meilleur parti à prendre. D'ailleurs toute cette question se mêle trop intimement à l'histoire si actuelle du traitement de l'appendicite, pour que nous ayons à l'effleurer ici.

Dans la *péritonite par perforation au cours de la fièvre typhoïde* (la péritonite par propagation dans cette maladie n'a pas encore, d'après Dieulafoy¹, été démontrée), la laparotomie a été exécutée, d'après une statistique réunie par Lejars, vingt-cinq fois, six fois avec succès ; sur ces six cas de guérison, trois fois il s'agissait incontestablement de péritonite diffuse avec état général très grave. En même temps que le traitement opératoire de la péritonite, on a pratiqué dans ces cas le traitement opératoire de la perforation ; la suture de l'intestin peut aboutir à la cicatrisation de la perforation.

L'intervention chirurgicale dans la péritonite par perforation au cours de la fièvre typhoïde semble donc motivée, bien que l'histoire de la question ne repose encore actuellement que sur un nombre restreint d'observations, souvent incomplètes et dissemblables.

Au point de vue de cette intervention, la difficulté est de saisir le moment opportun, et aussi de diagnostiquer la perforation et la péritonite. Habituellement, la péritonite typhique débute insidieusement avec des symptômes atténués ; si aux nausées, aux vomissements, aux douleurs abdominales vagues, au tympanisme, phénomènes péritonéaux vulgaires sans signification précise, s'ajoutent du hoquet, et surtout une chute brusque de la température avec pouls filiforme, la péritonite est fort probable (Dieulafoy) ; et bien que la péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde ne soit pas fatalement mortelle, et puisse quelquefois se circonscire par des adhérences, l'intervention chirurgicale peut être tentée lorsque le diagnostic de péritonite est dûment posé. Reste à savoir si l'intervention doit être précipitée ou subordonnée à l'évolution ultérieure

1. DIEULAFOY. — Acad. de méd., oct. 1896.

des accidents péritonéaux, si elle doit attendre l'écllosion de symptômes incontestables de péritonite diffuse; à ce point de vue, les documents sont encore trop pauvres pour que le médecin puisse, sur la question, baser une opinion certaine.

La laparotomie a été pratiquée dix-huit fois d'après une statistique de Houzé¹ à la suite de *péritonite provoquée par des ulcérations du duodénum*; une seule fois la guérison survint; mais il faut ajouter que généralement l'intervention fut très tardive, et que la perforation du duodénum, méconnue durant l'opération, fut ordinairement une trouvaille d'autopsie.

Houzé a réuni 67 cas de laparotomie à la suite de *perforation de l'estomac* avec 20 guérisons (soit une mortalité de 70,2 p. 100); Pariser apporte une statistique de 99 cas avec 33 guérisons (mortalité 66,6 p. 100). Dans presque tous les cas il s'agissait de perforation dans le cours d'*ulcères de l'estomac*.

La perforation de l'estomac amène habituellement une péritonite septique généralisée vis-à-vis de laquelle la chirurgie demeure désarmée: dans les observations étudiées par Houzé, les opérés qui guérirent n'avaient pas de péritonite au moment de l'intervention; sur les 33 guérisons de la statistique de Pariser, 23 concernent des individus opérés dans les dix ou quinze premières heures qui suivirent les premiers symptômes de la perforation.

Si, en ce qui touche l'appendicite, on discute encore sur le moment le plus favorable à l'opération, lorsqu'il s'agit de perforation de l'estomac, la tergiversation n'est plus permise, la localisation du processus inflammatoire et la formation d'un abcès enkysté devant être ici tout à fait exceptionnelles. L'intervention doit donc être très hâtive; toutefois, de l'avis de la plupart des chirurgiens, il est prudent de laisser passer la période du shock initial, qui sera combattu par les moyens habituels.

Le traitement chirurgical a été appliqué quelquefois avec succès à des péritonites diffuses déterminées par diverses variétés rares de perforation ou d'inflammation suppurative des organes abdominaux, par ulcération aiguë perforante de

1. Houzé. — *Thèse de Paris*, 1896.

l'iléon ou du côlon, par la rupture d'un abcès du foie dans le péritoine, par l'ouverture dans le péritoine d'un kyste suppuré du foie, par l'ulcération de la vésicule biliaire au cours de la fièvre typhoïde, par cholécystite suppurée (Houzé).

Des infections ou des intoxications diverses, de même que le cancer, l'urémie, etc., peuvent déterminer des ulcérations profondes du tube digestif, capables d'amener par perforation des péritonites aiguës, auxquelles le traitement chirurgical pourrait être appliqué efficacement; l'incertitude où se trouve le chirurgien relativement au siège de la lésion intestinale, rendrait évidemment l'intervention plus délicate.

Dans le traitement opératoire de la péritonite aiguë, le grand point, après le diagnostic posé, est souvent de savoir décider l'opération en temps opportun, quelquefois de savoir attendre; l'expérience paraît être actuellement pour le médecin et pour le chirurgien le plus sûr des guides; dans la question, des règles de conduite précises et générales semblent aujourd'hui encore bien difficiles à établir.

III

Traitement de la péritonite aiguë localisée.

La péritonite circonscrite succède quelquefois, mais très exceptionnellement, à la péritonite aiguë généralisée; ordinairement, elle résulte d'un foyer d'infection locale, les adhérences établies rapidement autour du foyer limitant le processus inflammatoire.

La péritonite partielle dans les cas les plus simples se borne à une exsudation fibrineuse suivie rapidement d'adhérences des surfaces péritonéales malades; d'autres fois, elle aboutit à la sécrétion d'un liquide purulent ou séro-purulent, englobé dans des poches limitées par des fausses membranes épaisses.

Dans les cas où la péritonite partielle est due à une altération du tube digestif, les gaz se mêlent quelquefois au con-