

était le *drainage à la Mikulicz*, qui consiste en un sac de gaze iodoformée ou simplement stérilisée, dans lequel on insinue trois, quatre ou cinq mèches de gaze souple, le long de laquelle les liquides sont censés devoir filtrer par imbibition de proche en proche. Ce sac de Mikulicz a son fond lié par un fil de soie dont les extrémités fixées à l'extérieur permettent de le retirer aisément par une simple traction.

Ce mode de pansement a son utilité dans certains cas déterminés, après certaines interventions sur l'utérus ou les annexes par exemple, quand on veut immobiliser l'intestin loin d'une loge ou d'un organe infecté. Mais ce n'est pas à proprement parler un mode de drainage : c'est un *tamponnement*. Aussi voit-on maintenant nombre de chirurgiens placer au centre du sac de Mikulicz un gros tube en caoutchouc, ce qui est très logique : la gaze tamponne, soutient et immobilise les organes voisins et le tube assure l'écoulement des liquides. Dans les infections généralisées à tout le péritoine, les seules dont je m'occupe en ce moment, il n'y a pas de viscères à immobiliser ; tout tamponnement à la gaze est donc inutile.

Il n'y a en réalité qu'un véritable drainage au sens propre du mot, c'est le drainage avec des tubes de caoutchouc. Le drainage capillaire à la gaze est recommandé comme très efficace par Kummer, par Mac Burney et par Pierre Delbet. Et pourtant, toutes les fois qu'on enlève un Mikulicz, on voit sourdre un flot de liquide, qui évidemment n'avait pas trouvé une voie d'écoulement suffisante. La vérité, je le répète, est qu'il faut drainer avec des tubes.

On choisira des tubes du volume du pouce : on aura soin qu'ils ne présentent pas de trous sur leur trajet. L'important est de multiplier ces drains et de les bien placer. Avec une longue pince, on porte une de leurs extrémités aussi profondément que possible. Quand les trois incisions sont béantes, l'une sur la ligne médiane, et les deux autres sur les côtés, on en place deux dans chaque plaie, de sorte qu'on a ainsi un drainage complet. Comme l'a si bien dit Berger, il faut établir des drainages multiples et dans des directions différentes. Faut-il entourer chaque tube avec une mèche de gaze iodoformée ou stérilisée ? C'est une pratique recommandée par Jalaguier et d'autres. Je n'en suis pas partisan : il m'a toujours semblé que cette gaze entourant le drain est une gêne notable pour son introduction. En un mot, le tube monté sur une pince se place plus aisément et plus profondément que lorsqu'il est revêtu d'une robe rugueuse de gaze, et, je le répète, c'est de l'installation judicieuse du système d'évacuation des liquides péritonéaux que dépend le plus souvent le succès.

C'est sur cette donnée indéniable que se sont basés quelques chirurgiens pour chercher à drainer par des points déclives.

Chez la femme, on a conseillé d'effondrer le cul-de-sac de Douglas et de drainer par le vagin. Reynier, en 1894, a défendu cette pra-

tique (1). Je suis convaincu que la voie vaginale rendra ainsi les plus grands services ; Peyrot et moi nous l'utilisons souvent de parti pris, à la suite des interventions graves sur les annexes suppurées. Mais je n'en dirai pas autant de l'opération recommandée par Jaboulay qui, ne pouvant chez l'homme trouver une voie aussi déclive que la voie vaginale de la femme, conseille de faire une incision parasacrée pour donner issue aux drains. Cette incision me paraît compliquer singulièrement l'opération : pour la pratiquer, il faut placer le malade sur le flanc ; bref, elle ne saurait être comparée à l'incision si simple du cul-de-sac postérieur chez la femme. Aussi ne me semble-t-elle pas recommandable.

Une fois les drains bien mis en bonne place, on rétrécit par quelques points de suture les plaies de la paroi. Et là, je me range entièrement à l'avis de Peyrot, qui insiste sur la nécessité de ne rétrécir que légèrement l'incision ou les incisions. On achève l'occlusion en bourrant la plaie entre les drains avec de la gaze iodoformée. Dans un cas, cité par Houzé, Peyrot eut le lendemain la surprise de trouver une masse d'anses intestinales hors de la cavité abdominale, une véritable exentéropexie ; et le malade, avec une infection généralisée du péritoine qui l'avait mis dans un état presque désespéré au moment de l'opération, guérit malgré cet accident, ou peut-être grâce à cet incident. On se bornera donc à rétrécir un peu les plaies, sans prendre grand souci de les fermer le plus complètement possible.

Les drains seront fixés et repérés par des fils ou des crins de Florence, ce qui permettra de ne pas les perdre dans la cavité abdominale.

Enfin, un pansement absorbant de coton hydrophile, modérément serré par un bandage de flanelle avec sous-cuisses, terminera l'opération.

J'ajouterai qu'il n'y a pas lieu de faire des lavages ultérieurement par les tubes en caoutchouc. Ces drains peuvent d'ailleurs être enlevés au bout de quarante-huit heures, et remplacés par des tubes beaucoup plus petits, qu'on supprimera complètement dès le cinquième jour, sauf indication spéciale, telle que l'issue de liquides en très grande abondance. Dès le deuxième jour, il est aisé de voir que le drain est emprisonné dans une gaine de fausses membranes unissant les anses intestinales les unes aux autres ; c'est cette rapidité de l'agglutination des anses voisines entre elles qui rend sa présence si rapidement inutile.

Cette inflammation péritonéale amène une paralysie de la tunique musculaire de l'intestin, ainsi que nous l'avons déjà dit. Et il y a là un véritable écueil. Il faut, en effet, que le contenu de l'intestin soit évacué, si l'on ne veut pas voir persister les phénomènes de réten-

(1) Paul REYNIER, *Journ. de méd. de Paris*, mai 1894.

tion stercorale et gazeuse, et même les vomissements fécaloïdes.

Pour obtenir cette évacuation, on a proposé de faire des ponctions de l'intestin et même une véritable incision, une entérotomie. Il est vrai que cette entérotomie, pratiquée suivant les préceptes de Nélaton, a été faite tout d'abord par une fausse interprétation clinique, le chirurgien attribuant la rétention et les vomissements fécaloïdes à une obstruction intestinale vraie, provoquée par une cause mécanique, la couture d'une anse. C'est évidemment un diagnostic erroné, mais peu importe, si les résultats de l'entérotomie ont été favorables. Schede au Congrès allemand de 1887, plus récemment Paul Segond à la Société de chirurgie, ont vanté les heureux effets de l'entérotomie de Nélaton dans le traitement des occlusions intestinales consécutives aux interventions sur les annexes et l'utérus. On peut affirmer maintenant que ces prétendues obstructions n'étaient le plus souvent que des paralysies intestinales ; c'est donc au traitement de ces paralysies — dues toujours aux infections péritonéales — qu'il faut appliquer ce que ces auteurs ont écrit relativement à l'entérotomie. Or, il semble bien, en vérité, que dans les faits publiés jusqu'ici, on a vu une amélioration remarquable survenir à la suite de l'entérotomie, dans des cas absolument désespérés. Houzé cite sept observations probantes à cet égard.

C'est Henrotin (de Chicago) qui, le premier, a, de propos délibéré, fait cette opération au cours d'une « péritonite diffuse ». Et lorsque Lockwood eut publié un mémoire recommandant des ponctions capillaires, sur les anses intestinales distendues, pour évacuer les gaz, et une incision qu'on fermera ultérieurement, pour l'issue des matières, la plupart des chirurgiens qui prirent la parole à la Société royale de Londres (octobre 1894) furent de son avis. Nous citerons Hulke, Thornton, Sheild, Cripps, Doran.

Bien plus, Hadra vint renchérir sur les idées émises par Henrotin (de Chicago) ; pour lui, les ponctions ne suffisent pas et il ne faut pas hésiter à fixer une anse d'intestin grêle à la paroi, pour avoir une véritable bouche intestinale qui permette les grandes évacuations.

Je tenais à signaler ces tentatives qui peuvent, à l'occasion, rendre des services. Dans certains cas, la situation est tellement menaçante, que toutes les interventions peuvent être tentées, même cette entérotomie qui, au premier abord, n'est que médiocrement séduisante. En parcourant les sept observations de la thèse de Houzé, on voit que « la production, soit chirurgicale, soit spontanée, d'une fistule intestinale, semble avoir apporté une amélioration rapide et marquée à un état morbide qui paraissait désespéré ».

Cela dit, je n'hésite pas à déclarer que, le plus souvent, on pourra se borner, pour faire la vidange du gros intestin, à introduire par l'anus une longue canule un peu flexible. On fera au besoin de grands lavages avec de l'eau boriquée à saturation ou avec de l'eau salée à

7 p. 1000. Ces grands lavements, à la température de 40°, seront répétés plusieurs fois par jour ; mais il va de soi qu'il ne saurait en être question si l'infection péritonéale avait été causée par une lésion du gros intestin, perforation traumatique ou autre.

Il reste à citer la *cafféine*, le *strophantus*, la *spartéine*, en un mot tous les sthéniques cardiaques. Ces deux derniers médicaments, surtout, rendront les plus grands services pour soutenir le cœur, sans exciter autant que la *cafféine*. Il faut pourtant reconnaître que les injections hypodermiques de *cafféine* sont d'un usage plus répandu. En tout cas, on ne négligera pas cette médication, qui met le malade en état de supporter les interventions chirurgicales, ainsi que nous allons le répéter plus loin.

Et maintenant, nous pouvons préciser les indications de l'emploi des différents moyens d'action que je viens de décrire.

#### RÉSUMÉ DU TRAITEMENT.

Lorsque le diagnostic de la généralisation de l'infection à tout le péritoine est bien net, la première indication à remplir c'est d'évacuer la cavité abdominale. La laparotomie s'impose et le succès dépend le plus souvent de la rapidité de la décision. Mais encore faut-il que le malade soit en état de supporter l'intervention ; et c'est l'état de son cœur et par conséquent de son pouls, qu'il faut tout d'abord consulter. Si le pouls est petit, misérable, tremblotant sous le doigt, fuyant, à 130, à 140 et plus, c'est courir à un échec certain que de prendre le bistouri. Il faut d'abord relever le cœur défaillant et c'est là que les injections sous-cutanées de *cafféine*, de *spartéine* ou de *strophantus* alternées avec les injections d'éther, trouvent leur emploi. En quelques heures, on voit le pouls se relever, la température monter de quelques dixièmes de degré, et les extrémités se réchauffer. On a concurremment introduit une longue canule dans le rectum pour l'évacuation des gaz ; on a placé une vessie de glace sur l'abdomen, et on fait prendre par la bouche quelques cuillerées à café de grog frappé et quelques fragments de glace. On a ainsi quelques heures pour préparer tout ce qui est nécessaire pour la laparotomie. Pour cette opération, on aura tout avantage à employer l'éther comme anesthésique. L'éther ne déprime pas comme le chloroforme ; et l'anesthésie relève le cœur, le remonte, au lieu de le faire fléchir encore. Dans plusieurs cas, j'ai opéré même sans anesthésie. Ces malades sont souvent dans un état tel que l'opération leur paraît peu douloureuse.

Une fois le péritoine ouvert, on peut, dans la majorité des cas, se dispenser de faire de grands lavages : il suffit de drainer avec tout le soin possible.

C'est alors que, tout en continuant à soutenir le cœur avec la

caféine, etc., on institue les grandes injections de sérum sous la peau, et on peut dès le début aller jusqu'à 4 et 5 litres par jour, quitte à diminuer progressivement les jours suivants. Avec la grande sonde rectale, on continue à évacuer les gaz et à répéter les lavages boriqués chauds, et il est souvent très favorable d'introduire toutes les quatre heures un tube Faucher dans l'estomac, pour le débarrasser des liquides infects qu'il contient.

Au bout de quarante-huit heures, on peut changer les drains et le cinquième jour les supprimer.

Si la situation restait aussi menaçante et paraissait désespérée, en raison de la persistance des phénomènes d'occlusion intestinale, on serait autorisé à évacuer le contenu du tube digestif par un anus artificiel, suivant la méthode américaine.

Dans une de mes dernières laparotomies d'urgence, un aide injectait sous la peau du malade 1 500 grammes de sérum pendant que j'opérais.

## II. — INFECTIONS CIRCONSCRITES DU PÉRITOINE.

**Pathogénie et anatomie pathologique.** — On peut les observer dans deux circonstances très différentes, soit qu'elles résultent d'une infection généralisée qui s'est circonscrite secondairement, soit au contraire que l'infection soit d'emblée restée cantonnée dans la région où elle a pris naissance.

On peut les rencontrer dans toutes les régions et il n'est pas un viscère abdominal qui ne donne lieu, à l'occasion, à une infection de voisinage. C'est ainsi qu'on aura des infections *périhépatiques*, *périspléniques*, *pérityphliques*, *périappendiculaires*, *péricôliques*, *péirectales*.

C'est ainsi, de même, qu'on trouvera dans le petit bassin des suppurations localisées autour de la vessie, autour des annexes chez la femme.

Il suffit d'énoncer ces possibilités pour montrer que tous ces faits échappent à une description d'ensemble.

Du moins pouvons-nous éliminer de ce chapitre les infections décrites jusqu'ici sous le nom de *pelvi-péritonites*.

« La plus importante des péritonites partielles, la pelvi-péritonite, grâce aux magnifiques travaux et à la description magistrale de Bernutz, est aujourd'hui parfaitement connue. »

Voilà ce qu'écrivait Siredey (1) en 1879. Et l'on peut dire aujourd'hui qu'il ne reste absolument rien de cette « description magistrale », depuis que la notion de salpingite a bouleversé toute la chirurgie du petit bassin chez la femme. Aussi bien devons-nous laisser ici de côté,

(1) SIREDEY, art. PÉRITONITE du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXVI, p. 741.

toutes les infections péritonéales d'origine génitale qui seront étudiées avec plus de fruit parmi les maladies annexielles de la femme (1).

On en pourrait dire autant des abcès péricœcaux et périappendiculaires.

Ils ont pris une telle importance dans l'histoire des infections généralisées et circonscrites de la séreuse abdominale, qu'ils méritent un chapitre à part. Il faut donc se borner ici à des généralités.

L'infection péritonéale, qui reste localisée autour du point primitivement malade, se présente tout naturellement comme une transition entre les infections aiguës généralisées et les infections chroniques. Les premières ont été étudiées dans les chapitres précédents : les secondes seront décrites dans les chapitres qui suivent.

Un premier caractère les distingue des infections généralisées, c'est qu'elles se développent toujours autour d'un organe malade. Il n'y a pas ici dans les variétés pathogéniques d'infection localisée primitivement qui dépende d'une cause générale. Le fait ne peut se présenter que si la collection limitée est consécutive à une infection généralisée, en voie de guérison spontanée.

La première variété que nous étudions est donc toujours due à une lésion de voisinage. Toute l'étendue du tube digestif, du cardia au rectum, peut donner naissance à une infection de voisinage. Toutes les maladies ulcéreuses de l'estomac, du duodénum, et de tout l'intestin, en comprenant les affections néoplasiques, s'accompagnent parfois de lésions plus ou moins étendues de la séreuse. Dans l'ulcère rond de l'estomac et du duodénum, dans la fièvre typhoïde, dans la tuberculose intestinale, dans le cancer du cœcum, des angles du côlon ou de l'S iliaque et du rectum, on observe souvent ces lésions séreuses de voisinage. Dans les lésions traumatiques du canal gastro-intestinal, l'infection peut rester aussi cantonnée autour du point lésé, quand la plaie est très petite en particulier, et quand la contraction musculaire de la paroi intestinale peut arriver à produire une occlusion relative.

Pour les autres organes, il faut songer à toutes les affections dont ils peuvent être atteints. Du côté du foie tous les abcès parenchymateux, bien entendu, et toutes les cholécystites et hépatites infectieuses, s'accompagnent souvent de périhépatite. Mais on en observe aussi dans les affections calculeuses, dans les kystes hydatiques, dans les cirrhoses de toute nature.

Du côté de la rate, les lésions primitives le plus fréquemment signalées sont les splénites suppurées infectieuses du typhus, de la pyohémie, etc. Les grosses rates des impaludiques sont aussi très souvent entourées d'adhérences péritonéales qui sont les vestiges d'une infection périsplénique atténuée.

(1) Voy. *Traité de chirurgie clinique*, t. X.