

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 colon 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.

Les lésions péritonéales sont caractérisées au début par une exsudation lente de liquide fibrineux très adhésif qui accole les organes voisins par leur surface séreuse. Il se produit en d'autres termes des adhérences glutineuses, qui ne tardent pas à prendre de la consistance et à former de véritables symphyses plus ou moins solides. C'est même à ces adhérences protectrices que l'on doit parfois d'éviter la généralisation de l'infection à toute la séreuse, quand la lésion primitive vient, en évoluant, à amener une perforation viscérale. L'infection ne trouve, en pareil cas, à se développer que dans une sorte de loge préformée, dans laquelle elle se cantonne provisoirement.

Ce sont d'ailleurs ces adhérences protectrices qu'on s'efforçait d'obtenir, quand on traitait les kystes hydatiques du foie par les caustiques, suivant la méthode de Récamier.

Ce sont aussi ces adhérences qui constituent la barrière bienfaisante enserrant l'infection autour d'une perforation intestinale, quand une plaie pénétrante de l'intestin est suivie de guérison.

A un degré plus avancé, l'infection s'accompagne de la production d'un liquide séreux qui se trouve emprisonné dans une véritable loge, constituant une sorte de kyste. Ce liquide est un véritable bouillon de culture, qui peut devenir, suivant l'intensité de la virulence, séropurulent ou même franchement purulent. A mesure que la pullulation microbienne augmente dans le liquide enkysté, la barrière fibrineuse qui séparait la région de la grande cavité séreuse s'est épaissie, est devenue de plus en plus solide, constituant ainsi un obstacle infranchissable.

Il n'est pas rare de voir se développer dans ces loges à contenu purulent des gaz, souvent si abondants que leur sonorité à la percussion peut donner le change, et faire méconnaître la présence du liquide. C'est surtout dans les abcès d'origine gastro-intestinale qu'on rencontre ces gaz, ce qui a fait croire à tort pendant longtemps, qu'ils venaient, par exosmose, de la cavité digestive.

Dans la majorité des cas, ces infections localisées évoluent comme de véritables abcès chauds qui tendent à s'ouvrir et à se donner jour par la voie la plus fragile. On ne sera donc point surpris de les voir s'ouvrir dans un viscère tel que l'estomac, l'intestin, la vessie, le vagin, etc., sans parler des cas où ils viennent faire saillie à la peau du côté de l'ombilic ou des fosses iliaques.

Dans certaines régions, de véritables barrières naturelles circonscrivent la collection sur une partie de son étendue : ainsi, sur la face convexe du foie, le ligament suspenseur et le ligament coronaire constituent une limite naturelle à la partie postérieure et du côté gauche ; aussi est-ce en avant, du côté du bord libre du foie, que se trouve le point faible par où la collection aura de la tendance à se faire jour, soit qu'elle s'ouvre dans la grande cavité péritonéale qu'elle peut alors infecter en totalité, soit qu'elle évolue du côté de la peau.

On pourrait faire des observations analogues pour la rate et les autres viscères. Ajoutons à propos de la rate qu'il n'est pas rare de rencontrer une sorte de péri-splénite adhésive, avec des productions fibro-cartilagineuses, qui peuvent arriver à une épaisseur de plus d'un demi-centimètre. Ces plaques cartilagineuses, déjà décrites par Cruveilhier, s'incrument souvent de sels calcaires.

**Symptômes.** — Au point de vue clinique, aussi bien qu'au point de vue anatomo-pathologique, les infections circonscrites se présentent avec les mêmes caractères, quel que soit leur siège. Ce qu'on peut dire cliniquement de la périhépatite s'applique également à la péri-splénite ; il est donc inutile de décrire dans deux paragraphes spéciaux des lésions aussi analogues.

Les symptômes doivent être étudiés dans les deux formes que j'ai signalées à propos de l'anatomie pathologique.

A. Quand l'infection, primitivement généralisée, a de la tendance à se localiser, ce qui est, comme nous l'avons vu, un mode de terminaison favorable, on voit tous les symptômes menaçants s'atténuer petit à petit ; la température s'élève s'il s'agissait d'une forme hypothermique ; elle s'abaisse, au contraire, si l'infection primitivement généralisée, s'accompagnait de fièvre vive. Le pouls devient moins fréquent et plus plein ; les vomissements s'espacent de plus en plus, et la constipation cesse. Le malade ne présente plus dès lors ce faciès grippé si caractéristique, et l'état général s'améliore notablement.

En examinant alors l'abdomen, on voit qu'il est moins ballonné ; à la palpation, on ne réveille pas la douleur dans toute l'étendue du ventre qui paraît souple, sauf en un point limité. A ce niveau, la douleur est très vive et on perçoit un véritable gâteau dur comme du bois ; la percussion, qui est d'ailleurs le plus souvent si douloureuse qu'on ne peut y avoir recours, ne donne pas de renseignements précis. On trouve, en général, de la sonorité, malgré la présence d'une collection liquide, et cela est dû à ce que cette collection est entourée d'anses intestinales distendues par des gaz. Quant à la fluctuation, rien ne peut la déceler dans la plupart des cas, en raison de la défense instinctive de la paroi musculaire qui forme un écran rigide au-devant de la collection.

Bientôt les phénomènes inflammatoires et réactionnels apparaissent dans la région malade ; les douleurs locales deviennent de plus en plus intenses ; l'empâtement tend à augmenter et la paroi abdominale s'œdématisé ; ce qui, pour le dire en passant, est un signe pathognomonique de la présence du pus. Pendant cette période, la température remonte et le malade a quelques frissons, accompagnés de sueurs ; la constipation fait place d'ordinaire à la diarrhée.

C'est, comme on le voit, un abcès chaud qui évolue, et si le bistouri n'intervient pas, le pus se fait jour, soit dans un viscère voisin,

l'intestin, la vessie, etc., soit dans la cavité péritonéale, soit à l'extérieur, par un cul-de-sac vaginal ou par la peau.

B. Dans la deuxième forme d'infection circonscrite du péritoine, les lésions sont limitées autour de l'organe primitivement malade; c'est la « *péritonite aiguë circonscrite d'emblée* » décrite par Jalaguier.

Les symptômes diffèrent des précédents dans l'ordre de leur apparition; ce sont les signes que nous avons décrits plus haut, mais ils apparaissent insidieusement, au fur et à mesure que l'affection évolue; au début, on découvre avec peine la région malade, qui ne se signale que par la douleur à la pression et surtout par la contracture locale des muscles de la paroi au-devant d'elle.

Une fois la collection enkystée constituée, elle se manifeste par les mêmes signes que celle qui résulte de la localisation d'une infection généralisée: je n'y reviens donc pas.

Mais je dois dire un mot des phénomènes généraux graves qu'on observe parfois dans ces infections circonscrites d'emblée. Dans tous les classiques, on décrit ces accidents sous le nom de *péritonisme*, que leur avait donné Gubler, et on les considère comme des réflexes nerveux, dont le point de départ est aux extrémités nerveuses péritonéales et sous-péritonéales.

« L'irritation est transmise aux centres nerveux par le plexus solaire et réfléchi sur l'intestin, l'estomac, le rein, le cœur, les organes de la respiration; les mouvements péristaltiques s'arrêtent, l'abdomen se ballonne, il y a des vomissements et de la constipation; le pouls est petit, filiforme, la respiration est incomplète, la sécrétion urinaire est supprimée; la température s'abaisse. La mort peut être la conséquence de ces phénomènes nerveux. »

Telle est la description que Jalaguier donne du péritonisme.

N'est-elle pas superposable, de tous points, à celle que nous avons faite de l'infection péritonéale, et n'est-il pas plus simple d'admettre qu'on trouverait dans l'étude bactériologique du contenu de la poche la cause de l'intensité des réactions générales? En d'autres termes, je pense que ce prétendu péritonisme, au lieu d'être, comme on l'a dit, un simple réflexe nerveux, est en rapport avec l'intensité de la virulence des bactéries pathogènes, ou avec la rapidité de l'absorption de leurs toxines.

C. On peut s'arrêter un instant sur une troisième forme d'infection localisée du péritoine, c'est une forme essentiellement chronique, qu'on observe surtout autour d'un viscère atteint lui-même d'une affection chronique: il s'agit, dans ce cas-là, de ces exsudats fibrineux qui constituent à la longue de véritables fausses membranes solides qui unissent les viscères entre eux. Ces fausses membranes circonscrivent parfois des loges de toutes dimensions, dans lesquelles s'accumule un liquide séreux plus ou moins louche. Le malade se plaint de dou-

leurs vagues localisées et de constipation plus ou moins opiniâtre; il faut bien dire que souvent ce sont ces deux symptômes qui attirent l'attention du chirurgien et font découvrir l'existence d'un néoplasme viscéral, méconnu jusque-là.

Les cancers de l'estomac et de l'intestin ne sont douloureux que lorsqu'ils donnent naissance à des phénomènes d'obstruction, ou lorsqu'ils s'accompagnent de ces poussées chroniques d'infection péritonitique. On aura donc soin, en pareil cas, de ne pas se borner à diagnostiquer l'affection péritonéale, mais de chercher surtout sa cause originelle, qu'on trouvera toujours dans une lésion néoplasique ou ulcéreuse du viscère adjacent.

Si l'abcès se trouve circonscrit au voisinage du diaphragme, on peut observer des symptômes pleurétiques et même l'évacuation dans la cavité pleurale ou dans les bronches.

Les abcès sous-diaphragmatiques sont actuellement en Amérique l'objet d'études suivies et Beck (de New-York), qui, à la quarante-septième assemblée annuelle de l'Association médicale américaine, à Atlanta, en mai 1896, en citait près de deux cents cas, ajoutait que, lorsque l'attention sera attirée de ce côté, on en rencontrera en très grand nombre. Ces abcès donnent presque toujours lieu à des erreurs: on les prend pour un pyothorax, et même après l'incision on ne reconnaît pas son erreur. Nous allons voir sur quels signes on peut se baser pour faire le diagnostic.

**Diagnostic.** — Il ne saurait être question ici de la forme clinique dans laquelle l'abcès enkysté du péritoine est dû à la localisation d'une infection généralisée. Il est clair que la marche du mal ne peut donner prise à aucun doute; il s'agit d'une affection qui évolue vers la guérison. Nous n'avons donc à parler que du diagnostic des infections plus ou moins aiguës qui prennent naissance autour d'un viscère primitivement malade.

Pour la clarté du sujet, nous considérerons cette affection à trois périodes:

1° *Au début*; 2° *lorsqu'un épanchement est constitué*; 3° *lorsque la barrière péritonéale a été franchie.*

1° Si le début est insidieux, et ne s'accompagne pas de phénomènes généraux, l'attention n'est attirée que par la douleur locale accompagnée ou non de vomissements; la palpation et la percussion ne peuvent donner aucun renseignement; on doit donc faire le diagnostic avec toutes les affections qui présentent au début la douleur abdominale et les vomissements. Du côté de l'estomac et du duodénum, on recherchera les signes antérieurs du cancer ou de l'ulcère simple qui sont malheureusement si souvent latents et ignorés. Du côté du gros intestin, on explorera avec soin les régions d'élection du cancer, c'est-à-dire le rectum, les angles du côlon et surtout l'angle gauche, le cæcum. Au niveau de ce dernier organe,

on s'attardera même à dépister les phénomènes douloureux de l'appendicite au début.

Si la douleur siège dans l'hypocondre droit, il faut songer aux *coliques hépatiques* et aux *coliques néphrétiques*, dans lesquelles les irradiations pourront donner d'utiles présomptions; il est vrai que la lithiase hépatique peut être la source d'infections péritonéales localisées; mais celles-ci ne surviennent, en général, qu'après une série de crises douloureuses, plus ou moins prolongées. La difficulté, le plus souvent, est de savoir si les accidents siègent dans l'organe lui-même ou dans le péritoine qui l'enveloppe. Il faut, presque toujours, pour arriver à un diagnostic ferme, attendre qu'il se soit produit une collection appréciable.

Quant à la lithiase urinaire, l'examen des urines et les antécédents du malade attireront, dès l'abord, l'attention: il faut bien dire aussi que les complications péritonéales infectieuses sont des plus rares au cours de la lithiase rénale.

Chez la femme, on n'oubliera pas, surtout à droite, que l'*ectopie du rein* est fréquemment la cause de poussées douloureuses et si, au cours de l'examen, on sent le rein fuir sous le doigt pour regagner sa loge, tous les doutes seront levés.

D'après tout ce qui précède, on voit que le diagnostic, au début, est des plus obscurs, mais on peut dire que dans les affections latentes des viscères abdominaux, les douleurs péritonéales dues à un début d'infection attirent l'attention sur la région malade; et c'est ainsi qu'une main exercée peut découvrir une lésion ignorée jusque-là.

2° Lorsqu'il y a un épanchement constitué, qu'il soit séreux, séropurulent ou purulent, il s'agit de préciser le siège de cette collection; c'est encore au niveau du foie que le diagnostic est le plus épineux, quand il n'est pas impossible. Comment distinguer un *abcès hépatique*, une *cholécystite suppurée*, un kyste hydatique infecté du foie d'une suppuration périhépatique? Une ponction exploratrice peut à peine lever les doutes, sauf, bien entendu, dans les cas où le liquide extrait par la ponction contient des crochets.

Il faut revenir ici sur le diagnostic des *abcès sous-diaphragmatiques* avec le *pyothorax enkysté*. Il est de la plus grande difficulté, puisque Beck lui-même, sur ses cinq malades, ne l'a fait que deux fois avant l'opération. Je dirai même qu'il est souvent obscur encore après l'opération. Frierlinger donne comme pathognomoniques les mouvements de l'aiguille exploratrice de la ponction, qui suit le diaphragme lorsqu'elle l'a embroché pour pénétrer dans la cavité purulente. Mais est-il bien sûr que le segment diaphragmatique qui forme la paroi de l'abcès est animé de ses mouvements physiologiques normaux? Pfuhl (1) recommande « la manométrie de la ten-

(1) PFUHL, *Bull. de therap.*, 30 mai 1897, p. 454.

sion interne de l'abcès, comme un guide sûr dans la différenciation entre le pyothorax et l'abcès sous-diaphragmatique ». On introduit la canule d'un trocart dans la cavité de l'abcès; cette canule est en communication avec un manomètre, de façon que les mouvements de la colonne mercurielle puissent être observés. Si la canule se trouvait dans la cavité thoracique, elle tomberait pendant l'inspiration et monterait pendant l'expiration. Enfin Jaffé, cité par Beck, conseille de « contrôler la vitesse du pus pendant qu'il s'écoule à travers la canule d'un trocart et d'observer la différence dans la quantité du pus qui s'écoule pendant l'inspiration et l'expiration ».

Tout cela est bien ingénieux, mais, en pratique, on s'en tiendra plutôt à la remarque de F. Brown, à savoir « que si le pus de cette région donne des cultures du *Bacillus coli*, il y a une grande probabilité pour que la suppuration soit située au-dessous du diaphragme ».

Fort heureusement, en pratique, le traitement des deux affections est le même.

Au niveau de la rate, les mêmes hésitations sont de règle et des deux côtés il y a encore à penser aux lésions de la plèvre diaphragmatique, d'autant plus qu'il est fréquent d'observer des pleurésies limitées, quand le péritoine diaphragmatique est lésé.

Il m'a été donné récemment d'observer un fait des plus instructifs à cet égard, chez un malade revenant du Brésil. Landrieux avait retiré, avec l'aiguille de Pravaz, un liquide citrin nettement d'origine pleurétique. Le lendemain, en ponctionnant au même niveau avec l'aiguille de l'aspirateur Potain, j'ai obtenu un pus épais, couleur chocolat, provenant d'un abcès du foie et lorsque, deux jours après, j'eus évacué, par la laparotomie, une énorme collection intra-hépatique, nous pûmes constater qu'il restait dans la plèvre droite une petite quantité de liquide séreux.

Dans toute autre région de l'abdomen, le diagnostic de la collection est plus facile; ce qui l'est moins, c'est d'en déterminer la cause.

On se rappellera que, chez la femme, les lésions annexielles donnent naissance à des abcès très haut situés dans l'abdomen, ainsi que Terrillon l'a depuis longtemps bien démontré.

Quant à l'*appendicite*, je n'insiste pas ici et je renvoie au long chapitre qui lui est consacré plus loin. Je rappelle seulement que, dans la fosse iliaque droite, on pensera toujours aux accumulations fécales et à ces prétendues tumeurs, qui disparaissent parfois, à la suite de quelques purgations ou de grandes irrigations côliques d'eau boriquée.

3° Lorsque l'abcès est à la dernière période de son évolution, le diagnostic étiologique seul est à faire; on peut cependant croire à un phlegmon de la paroi; et, si les antécédents n'ont pas attiré suffisamment l'attention, on est tout surpris, lorsqu'on ouvre la collection,

de voir que la poche pariétale sous-cutanée est en communication par un goulot avec une cavité profonde. Lorsque le pus est mélangé de gaz, on peut en conclure qu'il a pour origine une lésion du tube digestif, ce qui n'implique pas, d'ailleurs, ainsi que je l'ai déjà dit, que ces gaz viennent de l'intestin perforé ou non.

**Traitement.** — 1° Obtenir qu'une infection généralisée du péritoine se localise.

2° Éviter qu'une infection limitée ne se généralise.

Tels sont les deux axiomes qui doivent guider le chirurgien.

Nous avons vu (p. 293) les moyens dont on dispose pour remplir la première indication.

Pour la seconde, les procédés sont analogues et ne diffèrent que dans leur mode d'application.

Il faudra bien du temps encore pour que le médecin ne cède pas aux suggestions du malade et de son entourage qui le poussent à user copieusement de tous les révulsifs connus, sangsues, vésicatoires, pointes de feu. Encore est-il que dans ces formes à marche rapide, l'indication d'intervenir est moins pressante; on peut même dire qu'il y a avantage à laisser les adhérences protectrices qui circonscrivent la loge purulente s'épaissir et se condenser; mais, pendant toute cette période, c'est encore le sac de glace, appliqué avec les précautions sus-indiquées, auquel on doit donner la préférence. Quelques injections de morphine calmeront les douleurs, tout en immobilisant les anses intestinales; le repos horizontal et l'immobilité absolue sont de rigueur; enfin, dès que l'empatement est manifeste, sans attendre l'apparition de l'œdème de la paroi, et encore moins la rougeur et la fluctuation, il ne faut pas hésiter à prendre le bistouri; on incisera franchement au centre du gâteau, on pénétrera couche par couche, en ayant soin de faire l'hémostase au fur et à mesure; la paroi, en pareil cas, est toujours plus vascularisée qu'à l'état normal, et quand on arrive sous les muscles, on traverse une zone propéritonéale œdématiée et infiltrée.

On aura soin alors de ne pas traumatiser avec les doigts les parois de la cavité pour éviter de rompre des adhérences salutaires.

Combien de fois le chirurgien n'a-t-il pas regretté qu'une curiosité fâcheuse l'ait poussé à prolonger son examen dans la profondeur, pour découvrir l'origine du mal. Il suffit en effet d'un traumatisme très léger pour décoller une anse intestinale et inoculer la grande séreuse péritonéale; il faut bien savoir d'ailleurs que l'examen direct dans ces conditions-là ne donne pas de renseignements bien précis; on se bornera donc, après un lavage copieux avec un antiseptique tel que la solution de sublimé ou d'acide phénique, à drainer largement, en se servant de gros tubes de caoutchouc entourés de gaze antiseptique ou aseptique; on laissera toujours l'incision pariétale largement béante et on fixera les drains à la peau, par des

crins de Florence, afin d'éviter de les égarer dans la profondeur.

Le lavage ici n'a plus les mêmes inconvénients que dans les infections généralisées, puisqu'il borne son action aux parois de l'abcès qui sont épaissies et peu aptes à résorber.

Si par accident on s'aperçoit que la grande séreuse est ouverte en un point, on aura soin de tamponner solidement la poche à ce niveau avec de la gaze iodoformée, pour tâcher d'éviter l'inoculation secondaire.

### INFECTIONS SPÉCIFIQUES DU PÉRITOINE.

Ce chapitre se divise naturellement en deux parties : A. *la tuberculose du péritoine*; — B. *le cancer du péritoine*.

La première doit prendre un grand développement dans un *Traité de chirurgie moderne* : elle est entrée dans le domaine opératoire, c'est une des conquêtes nouvelles de la chirurgie.

#### A. — Tuberculose du péritoine.

Il n'est pas inutile de rappeler en quelques mots les phases de l'histoire de cette infection spécifique qu'on a si longtemps appelée « *péritonite chronique* ».

C'est seulement au début de ce siècle que la péritonite fut considérée comme une entité anatomo-clinique par Bichat, qui, le premier, décrit le système des séreuses et différencia nettement les affections du péritoine des inflammations gastro-intestinales. Bayle et Laënnec complétèrent sa description, surtout en ce qui concerne la « *péritonite chronique* », mais ne firent pas mention des rapports de cette forme avec la tuberculose.

Cependant, c'est encore à l'école française, représentée par Louis, Andral, Grisolle, Empis, que revient l'honneur d'avoir reconnu l'origine tuberculeuse de la péritonite chronique.

Les contemporains, avec Tapret (1), Lancereaux, Delpuch, ont bien déclaré que cette dernière proposition ne pouvait être maintenue dans son entière rigueur, puisqu'ils ont démontré l'existence « de péritonites chroniques non tuberculeuses, mais cancéreuses, syphilitiques, etc., et de péritonites aiguës tuberculeuses ».

Il n'en subsiste pas moins en règle que la *péritonite chronique est presque toujours une tuberculose du péritoine* : c'est la tuberculose du péritoine que j'ai en vue dans cet article et, comme nous le verrons, il est des formes de tuberculose péritonéale dans lesquelles les phénomènes inflammatoires sont si peu marqués qu'il n'y a pas péritonite, à proprement parler.

(1) TAPRET, De la péritonite chronique. Paris, 1884.