

digestifs et les signes de rétrécissement qui caractérisent la pérityphlite tuberculeuse.

Nommons encore, sans les discuter, le rein mobile, l'hydronéphrose.

2° L'empâtement diffus de la pérityphlite tuberculeuse ne laisse guère de chances d'erreur.

3° Avec une fistule purulente ou pyo-stercorale de la région, il faut se demander s'il ne s'agit pas d'une pérityphlite d'origine banale.

Les abcès par congestion ouvrent leurs trajets au-dessous de l'arcade crurale; le pus n'y est jamais mélangé à des matières; le point de départ osseux est presque toujours facile à découvrir.

**Traitement.** — Dans la pérityphlite aiguë et suppurée l'ouverture du foyer devra se faire assez rapidement, sans attendre l'affaiblissement du malade. Au bout de quarante-huit heures, d'après Roux on trouve des adhérences suffisantes pour empêcher l'infection de la cavité péritonéale. Murphy (de Chicago), conseille d'attendre quatre jours. Les uns conseillent d'inciser la paroi le long du muscle droit; les autres, avec Roux, agissent parallèlement à l'arcade de Fallope, à un travers de doigt en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le pus évacué, si on trouve l'appendice, on le résèque. Dans tous les cas la cavité purulente est drainée.

Le traitement médical a une grande importance dans la pérityphlite tuberculeuse. Les opérations sont plutôt dirigées contre la typhlite tuberculeuse elle-même. On pratique en effet la résection du cæcum dégénéré, et même avec lui celle d'une portion du côlon ascendant. La tumeur doit être enlevée avec un coin du méso et tous les ganglions dégénérés accessibles; on termine par une entérorrhaphie circulaire. Si l'opération a été très longue, si la dissection et l'ablation de la tumeur intestinale ont coûté beaucoup de temps et de peine, on pourra, comme le conseille Benoit, fixer l'un près de l'autre à la paroi abdominale les deux tronçons de l'intestin en créant un anus artificiel dont on entreprendra plus tard la cure. Si l'ablation de la partie malade était reconnue absolument impraticable on pourrait, en présence des accidents dus au rétrécissement, être conduit à aboucher l'extrémité de l'iléon sectionné dans le côlon transverse.

## CHAPITRE V

### DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

En 1865, 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 158 cas.

Des statistiques connues, il semble résulter que 1/4 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 feuillets 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, tuberculose 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.

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 qui se produisent 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.

A 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 distension 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, lorsqu'une cause de distension prolongée, la grossesse par exemple, aura vaincu la résistance des aponévroses de l'abdomen. Ses hernies sont peu connues, disons seulement qu'elles sont peu sujettes à l'étranglement.

Quant aux hernies dites *internes*, et qui résultent de l'engagement de l'intestin dans une poche ou dans un sac intérieur, renfermé lui-même dans la cavité abdominale, leur histoire se confond avec celle de l'étranglement interne.

Ces réserves faites, les hernies spontanées doivent seules nous occuper ici.

**Divisions.** — Avec Samuel Cooper, nous étudierons les hernies sous trois états cliniques principaux :

« Quand les organes qui font hernie ne sont pas comprimés dans le sac, qu'on peut facilement les faire rentrer dans la cavité abdominale, on dit que la hernie est *réductible*.

« Quand le col du sac n'exerce aucune constriction sur ces parties, mais que cependant on ne peut les faire rentrer, soit à cause des adhérences qu'elles ont contractées, soit parce qu'elles sont trop volumineuses relativement à l'ouverture par laquelle elles ont passé, on dit que la hernie est *irréductible*.

« La hernie *étranglée* est celle dans laquelle les parties déplacées, non seulement ne peuvent rentrer dans l'abdomen, mais encore sont soumises à une constriction, en sorte que si c'est une portion d'intestin qui fait hernie, la pression exercée sur elle empêche les matières qu'elle contient de continuer leur route vers l'anus, détermine l'inflammation de ce viscère et occasionne ainsi une suite de symptômes graves et même souvent mortels. »

Nous décrirons donc :

- 1° Des hernies réductibles;
- 2° Des hernies irréductibles;
- 3° Des hernies étranglées.

A propos de ces dernières, nous devons indiquer certains accidents des hernies : *engouement*, *inflammation*, dont l'histoire se confond en grande partie avec celle de l'étranglement.