

si le pus provient d'un abcès chronique, il peut former dans le tissu sous-séreux des parois abdominales de nouveaux foyers purulents, qui peu à peu atteignent de grandes dimensions tout en offrant des symptômes inflammatoires très peu accusés, de sorte que leur marche ressemble tout à fait à celle des abcès par congestion.

Lorsque dans le cours d'une péritonite plus ou moins chronique se sont développées des adhérences étendues formant des cordons volumineux, ces derniers s'allongent peu à peu et s'amincissent dès que la guérison s'est opérée, et que les intestins ont repris leur mobilité; cependant la péritonite peut laisser des brides cicatricielles énormes qui forment des plis et des poches, et qui peuvent dans la suite causer de graves accidents en mettant obstacle au passage du contenu de l'intestin.

§ 24. — Nous venons d'indiquer brièvement les résultats obtenus par la pathologie expérimentale et les recherches anatomo-pathologiques se rapportant à la péritonite, résultats qui peuvent avoir leur importance pour l'étude des phénomènes cliniques. Dans la description des **symptômes** nous n'aurons en vue que la forme septique aiguë et la forme purulente de la péritonite.

La **forme septique aiguë** ou **septicémie péritonéale**, ainsi que nous l'avons déjà dit, se termine par la mort, parfois dans un très court espace de temps, avec les symptômes d'un collapsus rapide. La forme typique qui s'offre habituellement à l'observation du clinicien, c'est la **péritonite par perforation** qui survient à la suite de plaies de l'intestin.

Les malades qui sont atteints de cette forme d'infection, présentent en général rapidement un haut degré de **météorisme péritonéal**. Mais le ballonnement du ventre n'est pas toujours dû à des gaz libres dans la cavité abdominale; souvent la cause doit aussi en être cherchée dans le météorisme intestinal. Si *la mort ne survient pas déjà au bout de quelques heures, avant que les phénomènes d'irritation du péritoine aient eu le temps de se produire*, le malade accuse des douleurs spontanées très intenses, qu'exagère la moindre pression exercée sur l'abdomen. Par suite de la distension du ventre la respiration abdominale devient impossible, et, d'autre part, le diaphragme est refoulé en haut et vient gêner l'expansion pulmonaire et l'action du cœur. Le plus souvent on observe des vomissements et souvent aussi de la constipation due à la paralysie de l'intestin. Quelquefois le malade est tourmenté par un hoquet continu. Son visage offre l'expression d'angoisse extrême; les yeux s'enfoncent profondément dans leur orbite, et bientôt le nez et les extrémités se refroidissent. Souvent on observe des troubles de la miction dans les cas où l'inflammation intéresse l'enveloppe péritonéale de la vessie. Le malade se plaint ordinairement de douleurs violentes dans le bassin avec irradiations vers le sacrum.

La température élevée au début, s'abaisse bientôt, et en même temps

le pouls petit et fréquent devient de plus en plus faible, et souvent même imperceptible déjà avant la mort.

Cette forme de péritonite est presque dans tous les cas mortelle.

La **péritonite purulente diffuse** offre, mais à un degré moindre, les mêmes symptômes que ceux que nous venons de décrire; en outre on observe les signes physiques de l'épanchement.

Peu à peu le ventre devient ballonné, et le malade accuse de violentes douleurs spontanées; en outre, déjà de bonne heure, l'abdomen est douloureux à la pression. Ici encore on voit survenir des vomissements et très souvent une constipation opiniâtre, tandis que, dans d'autres cas, c'est la diarrhée que l'on observe. Des besoins fréquents de miction ainsi que la rétention d'urine, s'observent soit au début, soit dans la suite.

Quelquefois la maladie débute par un frisson suivi d'une fièvre tantôt continue, tantôt intermittente, avec un pouls fréquent, qui bientôt tend à devenir petit et vide.

Lorsque les symptômes s'aggravent, on voit survenir les troubles décrits plus haut, du côté de la respiration et de la circulation. Par suite de la gêne apportée à la circulation pulmonaire et de la stase consécutive dans le cœur droit et le système veineux, les malades offrent parfois des symptômes franchement asphyxiques.

L'épanchement dans la cavité abdominale, par suite de la tension notable des parois et du météorisme, ne peut souvent, du moins au début de la maladie, être reconnue ni par la succussion, ni par la percussion. A moins qu'il n'existe des adhérences étendues, le liquide s'accumule d'abord dans le petit bassin et dans les parties les plus déclives de l'abdomen, le malade étant dans le décubitus dorsal. La percussion permet alors quelquefois d'en constater la présence dans la région lombaire et sous les hypochondres. Les foyers purulents enkystés peuvent être plus facilement reconnus lorsque le processus inflammatoire est en voie de régression.

La péritonite purulente ne se termine favorablement, par résorption complète, que dans des cas très rares; plus souvent les phénomènes diffus disparaissent après formation de foyers enkystés, et font place aux symptômes de l'abcès circonscrit, lequel peut présenter les modes de terminaison décrits plus haut (§ 23).

Dans la majorité des péritonites purulentes succédant aux lésions traumatiques, le blessé succombe à l'aggravation progressive des symptômes, telle que nous l'avons décrite pour la forme septique. Dans d'autres cas les malades meurent alors que l'exsudat s'est déjà enkysté, après avoir présenté longtemps des symptômes d'hectisie. Pour ce qui concerne les autres modes de terminaison, nous renvoyons le lecteur aux indications fournies dans le § 23.

Le tableau clinique de la péritonite varie, du reste, considérablement, ce que l'on conçoit aisément si l'on se reporte aux considérations dans lesquelles nous sommes entré plus haut (§ 23). On voit des malades suc-

comber avec des signes de collapsus, sans avoir présenté aucun symptôme de péritonite. L'abdomen est à peine ballonné; en général on voit survenir des vomissements, souvent aussi de la diarrhée; dans quelques cas ces symptômes font défaut, tandis que les troubles fonctionnels et le délire dominant la scène. D'autres malades offrent tous les symptômes de la péritonite, — ballonnement du ventre, vomissements, douleurs violentes — ils succombent, et à l'autopsie on ne constate cependant aucune des altérations anatomo-pathologiques de l'inflammation. L'époque de l'apparition des symptômes est aussi variable. Les formes les plus graves de péritonite éclatent, en général, de très bonne heure, à la suite de la blessure ou de l'opération. Cependant il arrive aussi que pendant les deux premiers jours tout marche à souhait, puis vers le troisième ou quatrième jour apparaissent des signes d'irritation péritonéale avec élévation de la température. Après le cinquième jour, toutefois, il est très rare de voir survenir une péritonite grave.

§ 25. — Dans le cours des dernières années nous avons appris à lutter avec beaucoup plus d'efficacité qu'autrefois contre la péritonite, c'est-à-dire que nous pouvons actuellement prévenir d'une façon beaucoup plus certaine le développement de la maladie. Lorsque, de nos jours, nous faisons une laparotomie dans le but de pratiquer une opération dans la cavité abdominale, nous pouvons garantir, sans craindre beaucoup de nous tromper, que le malade ne mourra pas de péritonite; de même lorsque nous sommes appelés à traiter une plaie toute récente, le blessé a bien plus de chances qu'autrefois de ne pas succomber. Les moyens prophylactiques employés pour éloigner du blessé le danger accidentel de la péritonite, ne sont point différents de ceux auxquels nous avons recours, en général, dans toutes les plaies et opérations; **nous opérons et pansons les malades, suivant les règles de la méthode antiseptique.** Or, précisément lorsqu'il s'agit de l'abdomen, ces règles doivent être suivies avec la plus scrupuleuse exactitude si nous voulons obtenir de bons résultats. Nous ne saurions approuver la tendance actuelle des chirurgiens à jeter par dessus bord l'ancienne doctrine de la gravité particulière des plaies des articulations et de l'abdomen. Le débutant doit avoir toujours présent à l'esprit le danger de ces blessures et être bien pénétré du fait qu'une faute commise dans le traitement peut être, en général, réparée dans les cas de blessures des extrémités, mais que, lorsqu'il s'agit de plaies pénétrantes de l'abdomen, elle entraîne assez souvent la mort et est irréparable.

Si, d'une part, grâce à la méthode antiseptique employée consciencieusement, nous pouvons, pour les plaies simples et récentes de l'abdomen, considérer, en général, le pronostic comme favorable, d'autre part nous ne devons pas oublier que le traitement de ces plaies, lorsqu'elles s'accompagnent déjà des premiers symptômes de la péritonite, offre actuellement les mêmes dangers qu'à l'époque où l'antiseptie était encore inconnue.

Cependant, même dans ces cas, on ne peut méconnaître un progrès dans le traitement et les résultats obtenus par ce dernier. Déjà antérieurement (§ 11, 12 et suivants) nous avons insisté plusieurs fois sur les obligations qui s'imposent au médecin lorsqu'il se trouve en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen. Nous avons dit que le seul moyen de prévenir les accidents graves de péritonite consistait à explorer avec soin la plaie, ce qui parfois nécessite de grandes incisions; dans les cas d'hémorragie dans la cavité abdominale, nous avons adopté comme règle de conduite que l'on devait aller à la recherche du vaisseau pour en faire la ligature, puis réunir la plaie de l'intestin par des points de suture, et enfin nettoyer la cavité abdominale qui peut avoir été souillée par des corps étrangers. Nous avons également exposé les principes du traitement de la péritonite au début ou déjà avancée. Ce traitement ne diffère, du reste, en rien de celui que HUNTER MAC GUIRE avait déjà proposé en 1881. On débridera largement la plaie, ou bien on pratiquera, le long de la ligne blanche, une incision jusque dans la cavité péritonéale. On fera alors, au besoin, l'hémostase, ainsi que la toilette du péritoine; pour le lavage de ce dernier on se servira de préférence d'une solution d'acide salicylique, à la température du corps; puis les parties souillées seront abstergées à l'aide de tampons au sublimé. L'intestin, s'il est blessé, sera attiré hors de la plaie et suturé. Enfin on fera un dernier nettoyage et l'on fermera la plaie des parois abdominales après l'avoir, pour plus de sûreté, drainée au moins pour quelques jours. Il peut être aussi indiqué de faire d'emblée des contre-ouvertures dans les flancs pour le passage de drains. Enfin l'abdomen tout entier sera recouvert d'un pansement antiseptique.

Comme le prouvent les nombreux faits publiés, et comme je puis le confirmer, d'après mes propres observations, on réussit par cette méthode de traitement à mettre fin à une péritonite en plein développement, survenue à la suite de blessures accidentelles. Aussi n'est-il pas douteux que le devoir du chirurgien soit de combattre, par ce moyen, toute péritonite survenue à la suite d'une opération. Qu'il hésite sur le choix du moment de l'intervention, on le comprend facilement; l'indécision est bien pardonnable dans de pareilles circonstances. Comme dans ces cas la péritonite survient le plus souvent à la suite d'opérations graves et de longue durée, entraînant un état de collapsus, il n'est pas rare que l'on soit dans le doute sur la possibilité pour le malade de supporter une nouvelle intervention chirurgicale, et en tout cas on hésitera dans le choix du moment où il convient d'opérer. Bien qu'une intervention hardie ait déjà sauvé la vie du malade dans un certain nombre de cas, l'expérience acquise est tellement insuffisante que l'on doit pardonner aux chirurgiens si, de nos jours encore, ils négligent bien souvent de remplir l'indication que nous venons de formuler. Par contre, l'incertitude sera beaucoup moindre, dans les cas de péritonite purulente puerpérale et de