

Les péritonites septicémiques (péritonite puerpérale) se terminent toujours par la mort : aussi est-il inutile d'opérer des malades qui succombent quelques heures après avoir été reportés dans leur lit.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une péritonite par perforation appendiculaire, par perforation de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde, de l'estomac au cours de l'ulcère, de la vésicule biliaire dans la cholécystite calculuse, etc., l'intervention est au contraire la règle.

Il a déjà été question des péritonites appendiculaires et de celles qui compliquent l'ulcère de l'estomac perforé.

En ce qui concerne la perforation de l'intestin chez les typhiques, l'intervention est aujourd'hui considérée comme légitime par la plupart des médecins et justifiée par les résultats, bien que la mortalité soit encore considérable. En 1897, MM. Monod et Vanverts ont relaté 27 interventions (*Revue de chirurgie*, mars) ; Finney a réuni 47 cas avec 15 guérisons. La statistique de Monod révèle une mortalité de 88 pour 100, mais, comme la mortalité des malades non opérés est encore plus grande (95 pour 100), on ne doit pas hésiter à recommander l'intervention, en l'absence de contre-indications absolues telles que la grande faiblesse du malade, l'hypothermie, l'existence de lésions cardiaques. Plus on opérera tôt, plus grandes seront les chances d'une issue favorable. Trois cas opérés respectivement au bout de huit heures, onze heures, douze heures après la production de la perforation, ont été suivis de guérison.

Il faut donc opérer dans les premières heures, mais la difficulté est précisément de porter un diagnostic précis. Parfois il existe une douleur localisée nettement au niveau de l'appendice, quand celui-ci est le point de départ de la perforation ; mais le plus souvent les symptômes généraux sont les seuls indices de la perforation, et ils peuvent être peu accusés, de telle sorte que le diagnostic reste hésitant et que l'on attend au moins un jour avant de prendre une décision, enlevant ainsi au malade les quelques chances de salut que pouvait lui assurer une intervention immédiate.

Ce qui rend particulièrement sombre le pronostic, c'est que le malade, après l'opération, peut succomber à une nouvelle perforation (Routier, Brun, Monod). L'intervention, toutes choses égales d'ailleurs, a plus de chances de réussite quand la perforation est survenue tardivement, — dans la troisième semaine (Abbe), ou à une époque plus tardive encore, — c'est-à-dire une période où l'intoxication de l'organisme est moins prononcée, où le contenu intestinal est moins virulent. Elle est moins grave également quand elle a lieu lors d'une rechute (Monod) ou quand elle porte sur l'appendice (Dieulafoy).

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Jusqu'à ces dernières années, la péritonite tuberculeuse était restée, au point de vue thérapeutique, du domaine de la pure médecine. Il existait à la vérité quelques observations isolées de péritonites tuberculeuses traitées par l'incision abdominale ; mais l'intervention chirurgicale avait toujours eu pour point de départ une erreur de diagnostic. La plus connue de ces observations est celle de Spencer Wells, 1862, où l'opé-

ration fut faite pour un prétendu kyste de l'ovaire ; l'incision montra qu'il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse ; le ventre fut refermé et la malade guérit de sa péritonite. D'autres chirurgiens commirent des erreurs semblables et virent avec étonnement, comme Spencer Wells, que les malades guérissaient, après l'intervention.

Ces succès opératoires inattendus n'encouragèrent cependant pas les chirurgiens à intervenir dans la péritonite tuberculeuse, et c'est seulement à une époque récente (1884), à la suite des travaux de Koenig, que le traitement opératoire de la péritonite tuberculeuse est entré dans la pratique courante. Dès 1890, dans un second travail, Koenig pouvait rassembler 151 observations de péritonites opérées. En 1892, Aldibert, dans sa thèse, réunissait 522 cas de laparotomie et Røersch 558, dans un travail publié en 1895.

Au traitement médical, notoirement insuffisant, s'est donc ajouté le traitement chirurgical, qui a donné de nombreuses guérisons.

Il n'entre pas dans le cadre de cet ouvrage de décrire avec détails les différentes opérations tentées dans les cas de péritonite tuberculeuse ; il suffit seulement de discuter les indications et les contre-indications de l'intervention, et d'apprécier la valeur respective des procédés de traitement préconisés.

Il convient tout d'abord de rappeler que la tuberculose des séreuses en général est curable spontanément dans un certain nombre de cas, et que le processus tuberculeux au niveau du péritoine peut s'arrêter dans son évolution, comme celui de la plèvre, sans qu'aucun traitement n'intervienne. Au point de vue du pronostic, on doit d'ailleurs distinguer plusieurs formes de tuberculose péritonéale.

La classification repose sur l'évolution même du tubercule, qui peut, ou rester à l'état de granulation grise (forme miliaire), ou subir la dégénérescence caséuse et devenir ulcéreux (forme ulcéreuse), ou guérir par transformation fibreuse (forme fibreuse).

La forme fibreuse est celle dont le pronostic est le moins sombre, puisque la transformation fibreuse constitue le seul processus de guérison du tubercule que l'on connaisse ; cependant, cette forme même présente encore des dangers pour la vie, en raison des adhérences qui sont la conséquence de la transformation fibreuse et qui peuvent donner lieu à des accidents d'étranglement interne.

Au point de vue opératoire, on peut distinguer des formes aiguës, des formes subaiguës, des formes chroniques ; ces dernières comprennent elles-mêmes trois groupes : la forme ascitique, la forme ulcéreuse, la forme fibrino-plastique ou fibreuse. Constatons d'ailleurs que l'ascite appartient à peu près à toutes les formes, mais que l'on peut légitimement distinguer une forme ascitique où la présence d'une grande quantité de liquide est l'indication essentielle du traitement.

Pour bien apprécier les résultats de l'intervention chirurgicale, on doit encore séparer les formes circonscrites des formes généralisées et enfin envisager successivement ces différentes formes chez l'enfant et chez l'adulte, car la gravité des cas diffère sensiblement suivant l'âge.

Résultats du traitement chirurgical dans les différentes formes de péritonite tuberculeuse. — Nous donnons ces résultats d'après une excellente *Revue critique*, publiée par Legueu, dans la *Semaine médicale* (p. 65, 1894).

Forme miliaire aiguë. — Deux interventions suivies de mort au bout de peu de jours.

Formes subaiguës et chroniques. — Parmi elles, c'est la variété *ascitique* qui a donné les meilleurs résultats : chez l'enfant (au-dessous de 15 ans), 40 opérations, 5 morts, 35 guérisons (soit 87,5 pour 100), dont 4 constatées