ONGLE INCARNE

Éléments étiologiques : Adolescence. Bord externe du gros orteil; bilatéralité (côté interne et côté externe) rare.

a) Causes essentielles : Convexité exagérée de l'ongle par anomalie de développement de la phalangette (Duplay) ; largeur excessive du bourrelet latéral de la matrice unguéale. Déviation du gros orteil en dehors et passage du deuxième orteil au-dessus du premier.

b) Causes adjuvantes : Chaussures mal ajustées; tourniole ; herpès; érythème...

Signes cliniques : Phénomènes inflammatoires légers au début (rougeur, gonflement, douleur), intermittents d'abord (calmés par repos au lit), puis permanents ; ulcération dermique limitée à la partie antérieure de la rainure unguéale, s'étendant ensuite tout le long de la rainure, gagnant le derme sous-unguéal et recouverte de fongosités saillantes, violacées, saignantes, sécrétant une sanie fétide ; hypertrophie du bourrelet latéral ; douleurs de plus en plus vives; chaussure intolérable ; station debout et marche impossibles...

I. — INCARNATION AU DÉBUT ; PHÉNOMÈNES INFLAMMATOIRES ; ULCÉRATION DERMIQUE LIMITÉE, CIRCONSCRITE.

1° *Traiter les phénomènes inflammatoires :* Recouvrir toute la région enflammée de compresses bouillies trempées dans la solution chaude de sublimé à 1 p. 2000 ; makintosh ; ouate ; bande.

Repos au lit.

2° *Isoler l'ongle de la zone ulcérée:* Anesthésie au chlorure d'éthyle ; à l'aide d'une fine spatule, ou d'un stylet, insinuer entre le bord ulcérant de l'ongle et le derme ulcéré une mince lame de gaze enduite de vaseline boriquée. Recommencer chaque jour le pansement jusqu'à guérison complète.

II. — INCARNATION CONFIRMÉE, ULCÉRATION DERMIQUE ÉTENDUE, VÉGÉTANTE.

A. — Malade de la classe aisée.

Traitement comme pour I.

Y joindre la cautérisation de l'ulcération à la teinture d'iode.

En cas d'échec : Agir comme pour B.

B. — Malade de la classe ouvrière.

Intervention radicale : Supprimer les parties malades et prévenir la récidive par l'excision de la partie correspondante de la matrice unguéale.

a) Onyxis unilatéral :

Technique : Antisepsie et anesthésie locale avec le mélange réfrigérant (glace pilée et sel marin) maintenu une ou deux minutes (pas davantage) au contact de l'orteil, ou mieux anesthésie à la nirvanine (Voir *Anesthésie locale*).

1° *Taille d'un lambeau externe:* Tailler, par transfixion dans les parties saines du bord externe de l'orteil, à 2 ou 3 millimètres en dehors du bourrelet, de la face plantaire à la face dorsale de l'orteil et d'arrière en avant, un lambeau triangulaire, à base postérieure, située à 5 millimètres en arrière du repli retro-unguéal.

2° *Excision des parties molles ulcérées, d'une bande rectangulaire de l'ongle et de la portion de matrice qui lui correspond :* Racler, d'un seul coup de bistouri, la face externe de la phalangette, d'arrière en avant, depuis la partie la plus reculée de la matrice unguéale (base du lambeau) jusqu'à la pointe de l'orteil.

3° Appliquer le lambeau sur la face latérale de la phalangette et l'y maintenir au moyen d'une bandelette de gaze aseptique ou iodoformée, entourant l'orteil ; ouate, bande (Th. Anger).

b) Onyxis bi-latéral :

Opérer comme pour *a*), sur le côté interne de l'orteil.

ORCHI-ÉPIDIDYMITE BLENNORRAGIQUE

Éléments étiologiques : Urétrite postérieure blennorragique ; injections urétrales mal faites ; traumatisme épididymo-testiculaire pendant la blennorragie.

Signes cliniques : Au décours (le plus souvent) d'une blennorragie, douleur dans l'aine et l'épididyme ; bourses rouges et augmentées de volume, épididyme gros ainsi que le cordon ; souvent liquide dans la vaginale ; douleur très vive au toucher ; quelquefois fièvre et phénomènes généraux.

Repos au lit, les bourses relevées sur une planchette échancrée. Faire sur les bourses des applications de glace en permanence ou de salicylate de méthyle.

A l'intérieur : 1 gramme de quinine par jour en un cachet.

S'il y a dans la vaginale un épanchement notable :

Ponction évacuatrice, sans injection.

Lavements purgatifs (pour éviter la constipation).

Chez les malades qui ne peuvent rester au lit.

Matelasser de ouate la partie enflammée et l'appliquer sur la cuisse, par un bandage roulé fait avec la bande de caoutchouc appliquée, mais non serrée, à moins qu'on ne puisse se procurer un bon suspensoir élastique.

Pendant ce temps, éviter de soigner l'urètre par des injections irritantes ou sous forte pression ; ne prescrire que des lavages de l'urètre antérieur avec la solution de permanganate à 1 p. 5000 et même à 1 p. 10 000.

Après guérison, faire porter pendant longtemps un suspensoir.

Chez les sujets malingres, à antécédents tuberculeux, surtout si l'évolution n'a pas été franchement inflammatoire, prescrire un régime tonique et l'huile de foie de morue.

OTITE MOYENNE AIGUE SUPPURÉE

Éléments étiologiques : Succède aux causes de l'otite moyenne aiguë non suppurée dont elle est une terminaison fréquente ; infection microbienne de nature variable (streptocoque, pneumocoque, pneumobacille, staphylocoque) ; catarrhe naso-pharyngien ; amygdalites à répétition ; tumeurs adénoïdes enflammées ; maladies infectieuses générales ; coup de froid... Enfance, adolescence, nouveau-né.

Signes cliniques : Suppuration de la caisse annoncée par l'exagération des symptômes de l'otite moyenne aiguë simple : intensité extrême des douleurs, fièvre à exacerbation vespérale, symptômes cérébraux (méningite) ; membrane du tympan distendue, convexe en dehors ; tuméfaction jaunâtre, surtout accentuée dans la partie postéro-inférieure de la membrane, en arrière du manche du marteau ; perforation spontanée, guérison possible ; le plus souvent, altération persistante de l'ouïe ; surdité absolue.

Complications : méningite, abcès intra et extra-duremériens, phlébite du sinus, pyohémie, hémorragies...

Pratiquer immédiatement la paracentèse du tympan.

Technique : 1° *Soins préopératoires :* Irrigations antiseptiques tièdes du conduit auditif externe (Voir *Otorrhée chronique*).

Ou plus simplement : *Bains d'oreille :* La tête du malade reposant à plat sur l'oreille saine, redresser la courbure du conduit auditif, par traction du pavillon en haut et en arrière et, avec une petite seringue, une cuiller ou un compte-gouttes, remplir le conduit de la solution tiède de sublimé au millième ; au bout de cinq à dix minutes, faire pencher la tête du malade du côté correspondant et enlever l'excès de liquide avec un petit tampon de coton hydrophile fixé au bout d'un stylet.

Remettre le malade dans la même position et, à l'aide d'un compte-gouttes, instiller dans le conduit auditif, dont on redresse la courbure, 5 ou 6 gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième.

Au bout de dix minutes, assécher rapidement le conduit comme précédemment et introduire le spéculum (Voir *Otorrhée chronique*) ; éclairage parfait du conduit à l'aide du miroir frontal.

2° *Opération :* Aiguille à cataracte, bistouri à lame étroite, couteau de de Graefe (s'assurer avant de s'en servir que l'instrument n'a pas sa pointe émoussée).

Où ponctionner ?

Si la membrane bombe particulièrement en un point, ponctionner à ce niveau ; sinon, ponctionner au niveau du cadran postéro-inférieur, en arrière et au-dessous du manche du marteau.

Après ponction, débrider la membrane, en retirant l'instrument, sur une étendue de 4 à 5 millimètres.

3° *Soins postopératoires : Irrigations antiseptiques tièdes avec eau salicylée à* 1 p. 100 (Voir *Otorrhée chronique*).

Renouveler les irrigations deux ou trois fois par jour.

Panser, avec un tampon de ouate aseptique, le conduit auditif. Au bout de quelques jours, quand la suppuration tend à diminuer, faire suivre chaque irrigation d'une instillation antiseptique tiède de 8 à 10 gouttes de glycérine phéniquée au dixième (Voir *Otorrhée chronique*).

OTORRHÉE CHRONIQUE

Éléments étiologiques : Lymphatisme, tuberculose, tumeurs adénoïdes, otite moyenne aiguë mal soignée, scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde, grippe ; affection inflammatoire chronique du nez, du nasopharynx ; otite externe, myringite...

Signes cliniques : Écoulement purulent d'abondance variable, permanent ou intermittent ; pus franc, séreux, séro-muqueux, sanguinolent, à paillettes cholestéatomateuses ; inodore ou plus ou moins fétide. Examen au spéculum (après nettoyage du conduit) : perforation du tympan (moitié-inférieure), granulations, polypes ; sifflement par l'oreille pendant l'expiration forcée, bouche et narines fermées ; douleurs (rétention de l'écoulement) ; surdité nulle ou d'intensité variable ; évolution essentiellement chronique ; causes nombreuses de persistance (fongosités, polypes, carie osseuse, état général, traitement mal compris...).

Complications : surdité, surdi-mutité (enfants) ; mastoïdite, abcès intracraniens, phlébite du sinus, méningite, pyohémie... paralysie faciale ; hémorragies...

Technique de l'examen de l'oreille au spéculum :

Employer le spéculum tubulaire de Toynbee, en forme d'entonnoir, dont la partie tubulée présente une coupe elliptique (en posséder au moins trois de diamètres différents).

Faire précéder l'examen au spéculum d'une bonne irrigation (Voir *Otorrhée chronique I*), et de l'instillation, s'il y a lieu, de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1 p. 10 (attendre deux ou trois minutes et assécher le conduit).

S'asseoir à côté du malade, lui-même assis et se placer en face de l'oreille à examiner.

Saisir entre le pouce et l'index gauches le pavillon de l'oreille et l'attirer fortement en haut et en arrière ; tenir entre les trois premiers doigts de la main droite la base évasée du spéculum préalablement flambé et refroidi, et en introduire dans le méat l'extrémité tubulée ; placer le grand diamètre dans le sens vertical ; diriger le spéculum vers la paroi postérieure du conduit, en lui faisant exécuter un quart de cercle de rotation (grand diamètre horizontal) ; enfoncer le spéculum avec prudence (surtout chez l'enfant, à cause de la brièveté du conduit osseux) et s'arrêter dès

qu'on sent une certaine résistance et que le malade se plaint (Duplay).

Comme éclairage, se contenter le plus possible de la lumière du jour, sinon recourir à un foyer de lumière artificielle (lampe au pétrole, à huile) ; bien diriger le faisceau lumineux dans l'axe du spéculum, à l'aide du miroir réflecteur frontal.

En cas de besoin, grossir les images, en plaçant à l'entrée du spéculum, une loupe de 4 à 5 centimètres de foyer.

Règle fondamentale : **Ne jamais considérer l'otorrhée chronique comme une affection négligeable et la traiter toujours activement.**

I. — OTORRHÉE CHRONIQUE CARACTÉRISÉE PAR ÉCOULEMENT PURULENT BANAL ; EXAMEN AU SPÉCULUM NÉGATIF (fongosités, polypes, carie).

A. — Perforation tympanique large.

A. Irrigations.

Technique : Attitude du malade :

Adulte : Assis, cou et épaule correspondante protégés par une serviette. Appliquer solidement sur la peau du cou, au-dessous de l'oreille, la partie excavée d'un bassin-réniforme, tenu par un aide ou par le malade lui-même.

Enfant : maintenu solidement sur les genoux d'un aide, tête appuyée contre la poitrine.

Instruments nécessaires : Bock-laveur de 2 litres ; tube de caoutchouc terminé par un embout en gomme à extrémité assez fine pour ne pas obturer complètement le méat.

Liquide à employer : Eau salée bouillie tiède (une cuillerée de sel marin par litre d'eau) ou eau boriquée.

Placer le bock-laveur à 20 ou 30 centimètres au-dessus de l'oreille.

Saisir de la main gauche et attirer fortement en haut et en arrière le pavillon de l'oreille ; introduire, de la main droite, dans le conduit auditif (à 1 centimètre maximum) l'extrémité de l'embout et l'incliner légèrement vers une des parois ; laisser couler l'eau.

Faire une irrigation matin et soir.

Après chaque irrigation, bien sécher le conduit avec un tampon de ouate et faire :

B. Instillations antiseptiques tièdes.

Technique : Attitude du malade : Tête reposant à plat sur l'oreille saine.

Solutions à employer :

Acide phénique	1 gramme.
Glycérine neutre	10 grammes.

ou bien,

Sublimé	1 centigr.
Eau distillée	10 grammes.

Chez l'enfant :

Glycérine résorcinée à 1 p. 10.

Avec un compte-gouttes ou une cuillère à café, instiller quelques gouttes, dans le conduit auditif, pendant que la main gauche en redresse la courbure.

Ne pas assécher le conduit ; l'obturer simplement avec un petit tampon de ouate aseptique.

Continuer ce traitement pendant trois ou quatre semaines, après irrigation.

Dès que la suppuration diminue, instiller, après chaque irrigation, quelques gouttes de la solution suivante :

Alcool absolu	10 grammes.
Acide borique finement porphyrisé	Q. s. p. saturer.

B. — Perforation tympanique étroite (rétention partielle du pus dans la caisse).

1° *Débrider la perforation* dans le cadran postéro-inférieur, avec un couteau de de Graefe, une aiguille à cataracte ou un bistouri à lame étroite (spéculum, éclairage).

2° *Traitement consécutif comme pour A.*

II. — OTORRHÉE CHRONIQUE AVEC ÉTAT FONGUEUX DE LA CAISSE, POLYPES ENTRETENANT LA SUPPURATION.

1° *Extraction des polypes :*

Technique : Se rendre compte, par l'exploration au stylet et au spéculum, de la forme, du volume et du point d'implantation du polype.

Irrigations antiseptiques dans le conduit et instillations de quelques gouttes de la solution cocaïnée au dixième (attendre deux ou trois minutes).

Insinuer le polype dans l'anse du polypotome (véritable serre-nœud) et pousser cette anse le plus près possible de la base d'implantation ; sectionner d'un coup sec cette base en rapprochant les anneaux du polypotome (manœuvré comme l'amygdalotome).

Cautériser le point d'implantation : Bourdonnet de ouate imbibée de la solution de chlorure de zinc au dixième et conduit au point voulu par une pince ou un porte-coton (spéculum et éclairage).

Pansement : Instillation de glycérine phéniquée et ouate aseptique.

2° *Attouchements des granulations, des fongosités, des petits polypes sessiles :* Avec le nitrate d'argent ou le chlorure de zinc, en solution concentrée.

Bien limiter l'action du caustique (spéculum, éclairage) et faire suivre les attouchements d'une grande irrigation ; bien assécher le conduit ; tampon de ouate au méat.

3° *En cas d'échec du* (2°) ou de lésions diffuses : *Grattage à la curette* du conduit et des parois de la caisse (ablation des osselets cariés).

III. — OTORRHÉE CHRONIQUE (comme I ou II) RÉSISTANT AUX TRAITEMENTS INDIQUÉS : LÉSIONS OSSEUSES.

Opération de Stacke (ouverture de l'attique par le conduit, en faisant sauter le mur de la logette) avec trépanation rétrograde, le plus souvent nécessaire, de l'aditus et de l'antre.

Ou mieux : Trépaner d'abord l'apophyse pour, de là, gagner la caisse.

IV. — OTORRHÉE CHRONIQUE COMPLIQUÉE DE MASTOIDITE AIGUE (douleur, fièvre, etc.), DE FISTULES MASTOIDIENNES.

Traitement comme pour III.

V. — OTORRHÉE CHRONIQUE AVEC COMPLICATIONS INTRA-CRANIENNES (abcès, phlébite du sinus, etc.).

Aborder ces foyers infectieux par la voie mastoïdienne (Broca).

BIBLIOTECA BIBLIOTECA

OZÈNE ESSENTIEL

Éléments étiologiques : Micrococcus de Lœvenberg; rhinite atrophique; atrophie de la muqueuse et du squelette (cornet inférieur); largeur anormale des fosses nasales et fermentation microbienne des sécrétions. Enfance, adolescence; hérédité.

Signes cliniques : Fétidité douceâtre de l'haleine, *sui generis* (punaise écrasée), non perçue par le malade; croûtes sèches, grisâtres, jaune verdâtre, ardoisées, très adhérentes; muqueuse rouge sombre au-dessous, saine, sans ulcérations; dilatation des fosses nasales, atrophie des cornets (cornet inférieur surtout).

1° Chasser les croûtes :

Irrigations naso-pharyngiennes :

Technique : Remplir un bock-laveur de 2 litres avec de l'eau salée (deux cuillerées à café de chlorure de sodium par litre), à la température de 32 à 35°.

Suspendre ce bock à 20 ou 30 centimètres (jamais au delà de 50 centimètres) au-dessus du niveau qu'occupera la tête, pendant l'irrigation.

S'asseoir sur une chaise, devant une table basse, sur laquelle se trouve une cuvette (destinée à recueillir le liquide ressortant par l'autre narine).

Incliner légèrement la tête en avant, au-dessus de la cuvette.

Pincer d'une main le tube en caoutchouc et, de l'autre, introduire dans la narine l'embout terminal (olivaire et d'assez gros volume pour l'obturer) *horizontalement* (le liquide doit suivre le plancher des fosses nasales); cesser le pincement du tube, sans abandonner ce dernier.

Ouvrir largement la bouche et prononcer d'une façon continue la lettre A.

Ne pas respirer par les narines, ne pas parler, ne pas avaler.

Pour interrompre la douche (nécessité d'avaler, etc.): pincer à nouveau le tube et retirer l'embout.

Après l'irrigation ne pas se moucher; faire, pour chasser

les dernières gouttes de liquide, quelques fortes expirations, narines ouvertes; ne pas s'exposer au froid.

Enlever directement avec un tampon de coton, une pince, un stylet, les croûtes qui auront résisté à la douche naso-pharyngienne.

2° Antisepsie de la muqueuse.

Insufflation de poudres : Employer un insufflateur composé d'une poire en caoutchouc (renfermant de l'acide borique finement pulvérisé, ou de l'aristol ou de l'acéto-tartrate d'alumine) et d'un tube droit ou recourbé (suivant que l'insufflation doit être faite d'avant en arrière ou d'arrière en avant).

Ou bien *badigeonnages :* Badigeonner la muqueuse avec une solution de sublimé à 1 p. 10 000 ou avec de la glycérine iodée ou encore avec une solution de nitrate d'argent variant de 1 p. 100 à 1 p. 10 (pinceau ou stylet porte-coton).

Faire précéder, s'il y a lieu, les badigeonnages par l'anesthésie de la muqueuse : Appliquer sur la muqueuse, pendant cinq à dix minutes des petits tampons de ouate, fréquemment renouvelés, imbibés d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 p. 100.

3° Empêcher le dessèchement des fosses nasales.

Badigeonner la muqueuse avec l'huile de vaseline.

4° Rétrécir les fosses nasales et activer le courant d'air.

Introduire dans chaque fosse nasale et conserver tout le temps, en dehors des manœuvres précédentes, un petit tube en caoutchouc, long de 4 à 6 centimètres, léger, à parois minces et résistantes et à lumière aussi grande que possible.

5° *Massage vibratoire.*

6° *Électrolyse cuprique.*

PANARIS

Éléments étiologiques : Infection microbienne. Terrain (diabète, albuminurie, alcoolisme, etc.).

Signes cliniques : 1° Panaris érythémateux, lymphangite superficielle des doigts.

2° Tourniole : phlyctène contenant un liquide d'abord transparent, puis trouble et ayant tendance à faire le tour de l'ongle ; panaris sous-unguéal et péri-unguéal.

3° Panaris sous-cutané ; très douloureux ; signes des abcès, quelquefois même on voit survenir des phénomènes généraux plus ou moins sérieux ; abcès en bouton de chemise ; panaris anthracoïde.

4° Panaris profond de la gaine (synovite, grave au pouce et au petit doigt et panaris osseux (ostéomyélite).

I. — FORMES SUPERFICIELLES.

Pansements humides et bains antiseptiques (sublimé à 1 p. 1000) d'une demi-heure (main et avant-bras) ; deux bains par jour.

Dans la tourniole, exciser aux ciseaux la phlyctène et même traitement que ci-dessus.

Cautériser, s'il y a lieu, les bourgeons fongueux au-dessous de la phlyctène (nitrate d'argent ou thermocautère).

II. — PANARIS SOUS-CUTANÉ.

Dès le début, incision, même si le pus n'est pas encore collecté :

Technique: Asepsie de la région ; anesthésie au chloréthyle jusqu'à ce que le doigt devienne blanc au point à inciser ; doigt en extension, main en supination reposant sur la table par sa face dorsale ; d'un coup sec, enfoncer le bistouri tranchant en haut et, rapidement, relever le manche pour agrandir l'incision ; faire celle-ci longitudi-

nale, parallèle au grand axe du doigt, sur un des côtés du tendon fléchisseur (pas médiane, afin de ménager le tendon) ; presser sur le doigt pour évacuer le pus ; pansement et bains locaux comme I.

Dès que l'inflammation est tombée et que la douleur a disparu, pansement sec (gaze aseptique ou iodoformée).

III. — PANARIS PROFONDS.

1° Comme pour II.

2° *Panaris suppuré avec envahissement de la gaine* (main, avant-bras).

Large incision longitudinale, contre-ouverture supérieure faite sur la sonde cannelée enfoncée profondément dans la gaine ; drainage de part en part.

3° *Panaris osseux avec dénudation de la phalange :*

Incision et extirpation de l'os nécrosé et même, dans les cas graves, désarticulation au-dessus du segment malade.

Pour 2 et 3, l'anesthésie locale est souvent insuffisante ; se servir, dans ce cas, du bromure d'éthyle.

BIBLIOTECA

PARAPHIMOSIS

Éléments étiologiques : Phimosis congénital ou acquis ; masturbation ou coït (amenant la projection du prépuce trop étroit en arrière de la couronne du gland).

Signes cliniques : Gland tuméfié par la constriction de sa base ; bourrelet œdémateux en arrière de la couronne du gland, masquant la bride circulaire formée par le limbe préputial ; douleurs très vives ; après quelques jours, sphacèle d'une partie de la bride et guérison ; quelquefois sphacèle du gland (chez les diabétiques et les malades atteints de chancrelles).

A. *Réduction simple :*

Technique : 1° Envelopper pendant cinq à dix minutes la région malade dans une compresse imbibée de cocaïne à 1 p. 100 ou de nirvanine à 5 p. 100 et étreindre le gland, pendant ce temps, par une pression continue (pour en diminuer le volume).

2° Embrasser le gland avec le pouce, l'index et le médius de la main gauche et le refouler vers la racine de la verge, tandis que la main droite, empoignant l'organe en arrière de l'anneau constricteur, ramène fortement en avant la peau de la verge.

Répéter plusieurs fois, si c'est nécessaire, la même manœuvre, après avoir enduit de vaseline boriquée le gland et le prépuce.

Réduction généralement facile.

B. En cas d'insuccès et si les accidents inflammatoires sont menaçants :

Faire une injection de cocaïne ou de nirvanine sur la partie dorsale, au niveau de l'étranglement du limbe préputial et *débrider au bistouri :* faire l'incision sur la partie étranglée et non sur le bourrelet œdémateux.

Pansement humide à l'eau boriquée 4 p. 100.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Éléments étiologiques : Bacille de Koch (voie sanguine, voie lymphatique (pleuro-péritonéale, génitale). Adolescence (7 à 12 ans), adulte.

Signes cliniques : *Forme aiguë* (épisode péritonéal d'une granulie généralisée).

Forme subaiguë (pleuro-péritonéale).

Formes chroniques :

1° *Ascitique : Début* souvent fébrile ; douleur de ventre, vomissements ; météorisme ; ascite sans circulation collatérale. *État* : l'ascite persiste seule ; pâleur, amaigrissement. *Terminaisons* : résorption du liquide, guérison, ou bien lésions fibro-caséeuses.

2° *Forme ulcéro-caséeuse :* Début lent ; douleurs abdominales ; alternatives de diarrhée et de constipation ; vomissements, météorisme ; ascite peu abondante, cloisonnée ; gâteaux péritonéaux ; corde épiploïque ; froissement (cri intestinal) ; irrégularité et mobilité des zones de matité et de sonorité.

État général de plus en plus mauvais (tuberculose pulmonaire) ; alternatives d'aggravation et d'amélioration ; courbe thermique très irrégulière. Mort en un ou deux ans.

3° *Forme fibro-adhésive :* Début insidieux ; marche chronique ; fièvre peu marquée, discontinue ; faiblesse générale ; troubles digestifs ; ballonnement progressif du ventre, météorisme ; puis ascite libre ou enkystée (région ombilicale) ; puis disparition de l'épanchement et gâteau péritonéal, crépitation neigeuse, frottements ; diminution progressive du volume du ventre ; disparition des douleurs, de la fièvre ; amélioration de l'état général, guérison, ou bien mort par occlusion intestinale, transformation ulcéro-caséeuse, tuberculose pulmonaire aiguë.

Possibilité de la guérison spontanée, de certaines formes de péritonite tuberculeuse (formes ascitique, fibreuse), **surtout chez l'enfant.**

Importance du traitement hygiénique, tonique et reconstituant.

Recourir au chirurgien *le plus tôt possible,* **dès qu'il y a doute sur l'opportunité d'une intervention.**

BIBLIOTECA STATULUI

I. — GRANULIE GÉNÉRALISÉE (péritoine, plèvres, poumons, méninges, etc.).

Contre-indication opératoire absolue.

II. — TUBERCULOSE PÉRITONÉALE AIGUE ; ASCITE AIGUE FÉBRILE (sensibilité, ballonnement, constipation, avec quelques signes peu accentués du côté de la plèvre ou du poumon).

Laparotomie comme pour IV. B. *a*).

III. — TUBERCULOSE PÉRITONÉALE AIGUE EN VOIE DE DEVENIR SUBAIGUE OU CHRONIQUE (ascite persistante ; défervescence fébrile ; amélioration de l'état général).

Laparotomie comme pour IV. B. *a*).

IV. — PÉRITONITE TUBERCULEUSE CHRONIQUE ; FORME ASCITIQUE (en dehors de lésions avancées pleurales, pulmonaires ou intestinales).

A. — **Bon état général : tendance à la résorption spontanée de l'épanchement (transformation fibreuse) :**

Traitement médical et hygiénique.

B. — **État général bon ou chancelant ; fixité ou augmentation progressive du liquide ascitique :**

a) *Forme ascitique généralisée :*
Laparotomie médiane sous-ombilicale (avec ou sans lavage de la cavité, avec ou sans drainage, suivant que le liquide est séreux ou séro-purulent).
b) *Forme ascitique enkystée :*
Incision portant sur la poche kystique. Le chirurgien agira, après incision, comme pour *a*), suivant les circonstances.

V. — PÉRITONITE TUBERCULEUSE CHRONIQUE ; FORME ULCÉREUSE (phtisie péritonéale).

a) *Pus enkysté dans une poche unique :*
Incision portant sur la poche kystique purulente ; lavage ; drainage de Mikulicz.
b) *Pus enkysté dans des poches différentes :*
Inciser les abcès les plus volumineux et les plus facilement accessibles ; lavage ; drainage de Mikulicz (résultats problématiques).
c) *Poches purulentes enkystées, petites et très nombreuses ; état général* assez satisfaisant :
Laparotomie exploratrice : agir suivant l'état des lésions.
d) *Signes subits de péritonite par perforation :*
Laparotomie d'urgence ; toilette du péritoine ; suture de la perforation.

VI. — PÉRITONITE TUBERCULEUSE CHRONIQUE ; FORME FIBREUSE.

A. — Période d'épanchement :

Agir comme pour IV.

B. — Forme sèche :

a) *Occlusion intestinale aiguë ou chronique :*
Laparotomie prudente et manipulations intra-abdominales au minimum (brides, coudures, coalescence, paralysie).
b) *Phénomènes douloureux intenses :*
Même traitement.
c) *État général de plus en plus mauvais :*
Laparotomie et fermeture du ventre.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.A.N.L.