

La *forme fibreuse* comprend les cas où le tubercule a évolué vers la guérison; elle est caractérisée par un début insidieux, une marche lente, chronique, ordinairement apyrétique. La forme fibreuse peut être divisée en *forme ascitique généralisée*, en *forme ascitique enkystée* et en *forme fibreuse sèche*; la forme fibreuse sèche n'est généralement qu'une transformation de la forme ascitique.

Dans la *forme ulcéreuse*, l'évolution chronique s'accompagne de troubles digestifs, d'une fièvre modérée, d'une altération de l'état général; les viscères sont englobés par des fausses membranes volumineuses et des productions caséuses. On distingue une *forme sèche*, où les anses intestinales sont réunies entre elles et à la paroi abdominale par des adhérences épaisses, englobant çà et là le tissu tuberculeux plus ou moins ramolli, et une *forme suppurée* où des collections purulentes se font dans la cavité péritonéale ou dans des loges secondaires: à ce point de vue, la *péritonite ulcéreuse* est divisée en *péritonite suppurée généralisée*, et en *péritonite suppurée circonscrite, uniloculaire ou multiloculaire*.

La péritonite tuberculeuse, considérée longtemps comme une des manifestations les plus redoutables de la tuberculose, est regardée au contraire aujourd'hui comme une des plus curables, du moins dans ses formes chroniques, et comme une de celles qui ont le plus de tendance à guérir sous l'influence de moyens très variés. Les exemples de guérison spontanée de la péritonite tuberculeuse, surtout chez l'enfant, ne sont pas rares.

Dans le *pronostic* de la péritonite tuberculeuse, on doit tenir compte de l'*âge du malade*, de l'*état général*, de l'*état des viscères* et de la *forme de la maladie*. La péritonite tuberculeuse dans le jeune âge est plus ordinairement curable, surtout dans ses formes ascitiques; l'alcoolisme aggrave considérablement son pronostic. Le pronostic varie beaucoup suivant que l'évolution tuberculeuse est limitée au péritoine, ou bien localisée à différents viscères, en particulier à l'intestin. La forme ulcéreuse de la maladie est de toutes la plus

grave, le tubercule évoluant vers l'état caséux et le ramollissement, au lieu d'aboutir à la transformation fibreuse.

La péritonite tuberculeuse dans sa forme chronique, assimilable aux tuberculoses locales, peut être traitée par des moyens médicaux et par des moyens chirurgicaux.

II

Traitement.

A. — TRAITEMENT MÉDICAL

1° Dans la *forme aiguë*, le traitement, impuissant à arrêter l'évolution fatale de la maladie, se borne à être purement symptomatique: on prescrit le *repos*, la *diète lactée*, la révulsion locale par les *sangsues*, les *ventouses*, les applications de *glace*; l'*opium* sert à calmer les douleurs.

2° Dans la *forme chronique*, le traitement médical doit s'adresser à l'état général et à l'état local; il ne doit pas être négligé et possède à son actif un grand nombre de guérisons.

1° Traitement général.

Le malade, placé dans un repos sinon absolu, du moins relatif et proportionné à chaque cas, doit être soumis à une *hygiène sévère*; il habitera, si possible, la campagne dans un climat convenable; dans quelques cas l'aération permanente, utile par son influence tonique sur la nutrition, peut être indiquée.

L'*alimentation* doit être substantielle et en tous cas appropriée à l'état des fonctions digestives; le lait, les œufs, les graisses facilement assimilables en feront la base; lorsque l'état du malade le permet, la suralimentation, telle qu'elle est pratiquée dans la phtisie, doit être tentée. D'ailleurs, comme dans toute tuberculose, on doit veiller scrupuleusement au bon fonctionnement de l'appareil digestif.

On aura recours aux *reconstituants* habituellement em-

ployés, *huile de foie de morue*, *phosphates et hypophosphites*, préparations *arsenicales*, et aux anti-tuberculeux, tels la *créosote*, l'*iodoforme*, le *tannin*, en ayant soin de suspendre l'usage de ces médicaments dès qu'il est manifeste que l'estomac ou l'intestin ne les tolère plus.

2° Traitement local et symptomatique.

Il consiste en révulsion obtenue au moyen des *pointes de feu*, des *vésicatoires volants*, de la *teinture d'iode*, des *onguents mercuriels* appliqués dans les parties où existe une douleur ou un empâtement localisés. La *teinture d'iode* peut être combinée à l'application du *collodion* de la façon suivante : une couche de teinture d'iode est étendue sur l'abdomen ; puis, quand elle est desséchée, on coule par-dessus une cuirasse de collodion élastique ; le collodion a pour résultat d'immobiliser en partie la paroi abdominale et d'atténuer, par la compression exercée, la congestion inflammatoire de la séreuse ; il agit aussi en accroissant les effets de la révulsion iodée. Les applications de teinture d'iode et de collodion doivent être renouvelées suivant l'état des téguments tous les huit ou quinze jours.

Enfin, suivant les circonstances, on a recours aux moyens capables de remédier aux symptômes concomitants de la péritonite tuberculeuse, variables d'ailleurs avec chaque cas. En cas de constipation, les laxatifs seront seuls employés : parmi eux, on donnera la préférence à l'*huile de ricin* et au *calomel* pris à doses fractionnées ; les drastiques, en raison des troubles digestifs qu'ils provoquent souvent, doivent être proscrits. S'il existe de la diarrhée, on tente de réaliser l'antisepsie intestinale au moyen du *benzo-naphtol*, du *salicylate de bismuth*, du *salol*.

En cas de coliques ou de douleurs abdominales vives, on use de la *morphine* en injection, du *laudanum* à l'intérieur, des applications sur l'abdomen d'*onguent belladonné* ou *opiacé* ou de fomentations chaudes.

B. — TRAITEMENT OPÉRATOIRE

1° Ponction simple.

La *ponction*, le traitement opératoire le plus simple, est indiquée toutes les fois que la péritonite s'accompagne d'une *ascite généralisée* abondante, qui n'a aucune tendance à retrocéder soit spontanément soit sous l'influence des moyens médicaux ; elle est indiquée aussi dans le cas d'*ascite enkystée*.

L'évacuation de l'ascite a pour effet de supprimer un liquide toxique dont la résorption peut retentir fâcheusement sur l'organisme, et de rétablir les fonctions digestives, respiratoires et circulatoires plus ou moins entravées par l'abondance de l'épanchement.

Palliative dans tous les cas, la ponction a semblé être quelquefois *curative*, surtout dans la tuberculose péritonéale généralisée (Heydenreich). Dans les formes aiguës, dès que les manifestations se sont localisées du côté de l'abdomen, ou même dans les formes pleuro-péritonéales aiguës, la ponction peut être avantageusement pratiquée. En cas d'épanchement purulent, la ponction n'a aucune action curative : le liquide se reforme habituellement.

En même temps qu'un moyen de traitement, la ponction est un utile procédé d'exploration permettant, après l'évacuation du liquide, la palpation profonde de l'abdomen.

La ponction doit être pratiquée suivant le mode opératoire et avec les précautions antiseptiques usités pour l'évacuation de l'ascite.

2° Ponction suivie de lavage de la cavité péritonéale.

Le *lavage de la cavité péritonéale* à la suite de la ponction a été pratiqué avec succès dans quelques cas, à l'aide d'*eau boriquée* injectée à une température de 39°-40°.

Le liquide à injecter est renfermé dans un ballon en verre

d'une capacité de plusieurs litres, fermé par un bouchon de caoutchouc à deux tubulures; l'une de ces tubulures, par sa partie inférieure, descend jusqu'au fond du ballon, et par sa partie supérieure peut être mise en communication par un tube de caoutchouc avec le trocart; l'autre tubulure, ne pénétrant que très peu dans le ballon, est reliée par un tube de caoutchouc à une poire destinée à envoyer l'air dans le ballon, et à faire passer le liquide dans la longue tubulure: tout l'appareil, avant l'usage, a été préalablement stérilisé à l'autoclave. Lorsque l'épanchement péritonéal est évacué, l'appareil est mis en communication avec le trocart, et le lavage est effectué et continué jusqu'à ce que le liquide que l'on a laissé ressortir, arrive incolore (Debove).

Quelques auteurs (Cellier¹) conseillent le lavage du péritoine à l'eau chaude (à 46°), dont l'application a déjà été recommandée dans le traitement des tuberculoses locales; ce lavage peut être effectué simplement à l'aide d'un irrigateur. On fait pénétrer dans l'abdomen 3 à 4 litres de liquide, que l'on laisse écouler ensuite; le lavage est recommencé jusqu'à ce que l'eau ressorte claire. On peut, en une séance, employer 12 à 14 litres de liquide.

La ponction suivie de lavage, comme d'ailleurs la ponction simple, ne semble pouvoir avoir de succès que dans les formes à épanchement clair considérable, où l'ascite domine la scène; dans les formes suppurées généralisées ou enkystées, le lavage ne peut avoir aucune action sur les fausses membranes et les masses caséuses, au contact desquelles d'ailleurs le liquide arrive difficilement, en raison des adhérences qui unissent plus ou moins les viscères. En somme, le lavage paraît être un supplément assez souvent inutile de la ponction.

3° Ponction suivie d'injections modificatrices.

L'injection de substances modificatrices dans le péritoine à la suite de la ponction, a été tentée dans un certain nombre de cas.

1. CELLIER. — Thèse de Toulouse, 1895.

L'éther iodoformé, la vaseline iodoformée, conseillés par quelques auteurs, n'ont pas été employés.

Parmi toutes les substances modificatrices, il semble qu'il faille actuellement donner la préférence au *naphtol camphré* (Rendu), si utilement employé d'ailleurs dans une foule de tuberculoses locales; plusieurs cas de péritonite tuberculeuse à forme ascitique ont été publiés, où l'instillation de *naphtol camphré* dans la cavité péritonéale à la suite de la ponction, fut suivie de guérison. Lorsqu'il ne reste plus dans le péritoine qu'une quantité minime de liquide, on injecte par la canule laissée en place le contenu de cinq seringues de Pravaz de *naphtol camphré*; la canule retirée, l'orifice est obturé à l'aide d'un peu de ouate aseptique et de collodion et le malade est laissé au repos pendant quelques jours. Sous l'influence des mouvements de l'intestin, le *naphtol camphré* se répand en tous sens. A la suite de l'injection, l'abdomen reste un peu sensible; quelquefois la température, vers le troisième ou le quatrième jour, monte à 38° ou 39°; on assiste au développement d'une petite quantité d'ascite, qui ne tarde pas à se résorber d'une façon définitive. A la suite de ce traitement, on a vu, dans certains cas, disparaître au bout de plusieurs mois l'empatement péritonéal. Il semble que le péritoine tuberculeux ne présente pas vis-à-vis du *naphtol camphré* la même sensibilité que le péritoine sain; Netter a vu succomber, à la suite d'une injection de 5 grammes de *naphtol camphré*, un enfant chez lequel une cirrhose du foie en avait imposé pour une péritonite tuberculeuse. Il est donc nécessaire, avant de faire l'injection, d'être assuré du diagnostic.

Dans les formes sèches de péritonite tuberculeuse, la méthode des injections modificatrices ne doit pas être appliquée; les adhérences intestinales pourraient être cause de perforation et d'ailleurs s'opposeraient à ce que le liquide injecté se répandit au contact des parties malades.

Il est difficile, d'après le seul cas où l'expérience a été tentée, de juger de la valeur des *injections de sérum de chien* dans le péritoine tuberculeux (Kirmisson et Pinard).

Plusieurs, invoquant l'action atténuative de l'air et de la dessiccation sur le bacille tuberculeux, ont insufflé dans le péritoine de l'air stérilisé; sept observations de ce genre sont dues à von Mosetig-Moorhof, Nolen, Duran. Folet, après avoir retiré 6 litres de liquide du péritoine d'une femme atteinte de péritonite tuberculeuse, injecta 3 litres d'air; au bout de huit mois, la guérison s'était maintenue. Cette action de l'air semble, *a priori*, hypothétique; peut-être, dans la plupart des cas, l'amélioration fut-elle due à la ponction et au traitement médical.

4° Laparotomie.

Bien que la question de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse soit du ressort chirurgical, elle est actuellement si intimement liée à l'histoire du traitement de cette affection, qu'il paraît difficile de l'en distraire complètement. Les premiers cas de péritonite tuberculeuse qui bénéficièrent de la laparotomie furent ceux où l'opération fut pratiquée à la suite d'une erreur de diagnostic; là fut l'origine du traitement opératoire érigé depuis par quelques-uns en méthode de choix.

A. — Dans la *péritonite miliaire aiguë*, la laparotomie doit d'une façon générale être rejetée. Son indication ne pourrait se discuter, à la rigueur, que dans les cas où les manifestations morbides se localisent nettement sur l'abdomen, en déterminant de l'ascite; dans ces cas, habituellement mortels, la laparotomie est une chance de succès qu'il est permis de tenter lorsque la ponction simple ou la ponction suivie d'injections modificatrices ont échoué. Lorsque les formes aiguës passent à l'état subaigu ou chronique, les circonstances deviennent plus favorables à l'opération.

B. — Dans la *forme ulcéreuse chronique*, la conduite à tenir varie suivant qu'il s'agit d'une forme sèche ou d'une forme avec épanchement. Dans la *forme sèche*, l'intervention n'a presque aucune chance de succès: la plupart des malades opérés jusqu'ici dans ces conditions ont succombé. D'ailleurs

la laparotomie, obligée dans ces conditions de se frayer une voie au milieu des adhérences des intestins et des viscères abdominaux entre eux et avec la paroi abdominale, est fort délicate.

Les résultats n'ont été satisfaisants que dans les cas où la *forme ulcéreuse* s'accompagne d'un *épanchement généralisé*, ou *plus ou moins enkysté*; l'indication de l'opération se pose lorsque le liquide, clair jusqu'alors, se transforme en liquide purulent. L'existence de symptômes indiquant des lésions tuberculeuses de l'intestin est regardée par la plupart des auteurs comme une contre-indication à l'opération; Israël cependant considère la guérison comme possible même s'il existe des ulcérations intestinales. Lorsque apparaissent les signes d'une perforation intestinale provoquée par le processus de la péritonite, ou bien ceux d'un abcès gazeux intra-péritonéal, l'intervention ne peut être différée.

L'ouverture de l'abdomen dans les *formes ulcéreuses purulentes* se fait dans la partie la plus fluctuante; après évacuation du pus, on peut enlever par un frottement doux les produits caséux les plus mous, recouvrant l'intestin; il est peu prudent, en raison des chances de rupture de l'intestin, de rechercher les poches qui ne s'offrent pas d'elles-mêmes. Les *lavages* sont pratiqués à l'aide de solutions *antiseptiques*, ou d'*eau bouillie* chaude; quelques chirurgiens les font suivre d'insufflations d'*iodoforme* ou d'attouchements légers avec des éponges montées, trempées dans une solution d'*acide phénique* ou de *sublimé*. Tricani, considérant l'irritation du péritoine comme indispensable à la guérison, injecte, après la laparotomie, dans la cavité péritonéale une solution de *glycérine* au dixième, et dessèche ensuite les surfaces avec de la gaze stérilisée. Le *drainage*, recommandé par les uns, est énergiquement repoussé par d'autres; on évitera en tout cas les tubes de caoutchouc qui peuvent exposer à des perforations intestinales.

C. — Dans la *forme sèche fibreuse*, l'opération a été rarement pratiquée jusqu'ici: quelques succès ont été obtenus cependant dans des cas de ce genre (Terrillon, Poncet, etc.). Si

l'on songe que la forme fibro-adhésive représente un processus de guérison, on ne se croira, semble-t-il, autorisé à intervenir que dans les cas où des masses fibreuses agglomérées deviennent la cause de douleurs persistantes ou de troubles fonctionnels intenses tels que constipation rebelle. Lorsque l'opération est pratiquée dans cette forme adhésive, elle doit consister simplement en une incision : il ne peut être question d'enlever les productions fibreuses, en raison de leurs connexions intimes avec les viscères.

D. — C'est dans la *forme ascitique* que les plus beaux résultats opératoires ont été obtenus; c'est d'ailleurs la même forme qui guérit quelquefois sans laparotomie sous l'influence du traitement médical et de la ponction.

Lorsqu'il s'agit de la *forme ascitique pure*, dans laquelle l'ascite est presque l'unique manifestation de la maladie, l'intervention chirurgicale peut être repoussée, ou en tout cas différée : l'ascite tuberculeuse simple guérit facilement par l'évacuation du liquide ou par la ponction suivie d'injections modificatrices, associées au traitement médical.

Lorsque l'ascite, qu'elle soit *généralisée* ou *partielle*, s'accompagne de la *présence de masses indurées* dans le péritoine, c'est-à-dire dans la forme *fibro-caséuse avec ascite*, la question de la laparotomie se pose dans certaines conditions. Dans les cas apyrétiques, l'indication de la laparotomie surgit, lorsque l'épanchement demeure stationnaire ou augmente malgré le traitement médical et la ponction, lorsque le malade maigrit, lorsqu'un léger épanchement apparaît dans la plèvre, et lorsque tendent à se dessiner de légères élévations thermiques vespérales. La laparotomie a plus de chances de succès si elle est pratiquée sur un malade apyrétique : aussi peut-il être utile de ne pas attendre l'apparition de la période fébrile; et si la température est élevée, il est bon, s'il en est temps, de la faire baisser avant d'intervenir.

Dans la forme ascitique, l'incision sera suivie d'un lavage, si le liquide renferme des flocons de fibrines ou des fausses membranes

La laparotomie est la méthode thérapeutique par excellence des *formes ascitiques enkystées* où elle a donné 95 p. 100 de succès opératoires.

E. — En cas d'*occlusion intestinale dans la péritonite tuberculeuse*, l'intervention est indiquée dans les étranglements aigus à développement rapide; l'occlusion lente, qui est engendrée ordinairement par l'agglomération d'un paquet d'anses intestinales réunies par des masses fibro-caséuses, et qui se produit dans les phases avancées de la maladie, trouve peu de chances de succès dans une opération chirurgicale.

F. — D'une façon générale, la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse est *contre-indiquée* lorsque la localisation péritonéale coïncide avec des lésions tuberculeuses étendues et anciennes du poumon ou de l'intestin. Une tuberculose pulmonaire discrète, limitée au sommet, des foyers de tuberculose articulaire ou osseuse, ne sont pas un obstacle à l'opération; on voit même quelquefois la tuberculose pulmonaire rétrocéder après la guérison de la péritonite.

Chez certains malades, la laparotomie a été recommencée à plusieurs intervalles; chez une malade d'Urso, la guérison fut obtenue après quatre laparotomies¹.

G. — Nous n'insisterons pas sur l'intervention dans certaines formes de péritonite circonscrite, telles que la *péri-typhlite*, la *péri-hépatite*, la *pelvi-péritonite tuberculeuses*. Dans la *péri-typhlite tuberculeuse*, l'opération a consisté soit en une simple laparotomie, soit en un décollement des adhérences, soit en une ouverture des collections purulentes, quelquefois en une résection du cæcum ou de l'appendice; le chiffre des observations est d'ailleurs trop restreint, et les résultats trop variables, pour que l'on puisse tirer de ces faits des conclusions fermes. Dans la *pyo-péri-hépatite tuberculeuse* (abcès sous-phrénique), la résection du bord inférieur du thorax a pu être jugée utile pour aborder la face convexe du foie et la collection purulente (Lannelongue). Quant aux *pelvi-péritonites* liées aux

1. Urso. — *Wien. med. Presse*, 1896, p. 829.