

formant une paroi régulière, comme la paroi d'un kyste. L'étonnement fut général quand la laparotomie permit de constater ces particularités.

J'en dirai autant de la cirrhose atrophique : les signes précirrhotiques, les antécédents alcooliques, la constatation directe de l'atrophie, les troubles digestifs, les caractères du liquide ascitique, permettent d'ordinaire un diagnostic facile ; mais les causes d'erreur sont multiples. L'alcoolisme ne prédispose-t-il pas aussi à la tuberculose ? L'atrophie du foie ne se rencontre-t-elle pas dans les formes fibreuses de la tuberculose péritonéale ? Enfin, n'existe-t-il pas des formes de cirrhose tuberculeuse qui s'accompagnent de lésions de même nature sur la séreuse ?

La confusion avec le cancer du péritoine est souvent faite quand il n'existe pas de cancer viscéral : je dirai même que, dans nombre de cas, l'examen macroscopique au cours d'une laparotomie ne permet pas de décider entre une carcinose et une bacillose péritonéales ; c'est l'inoculation seule et l'examen histologique qui peuvent trancher la question. La clinique, parfois, donnera des renseignements plus significatifs que l'opération elle-même ; l'âge du patient n'a pas l'importance diagnostique qu'on lui avait attribuée ; la tuberculose péritonéale des vieillards existe.

Je cite pour mémoire les maladies hydropigènes, le mal de Bright, les affections cardiaques, etc.

Lorsqu'on aura porté le diagnostic de tuberculose péritonéale, il faudra avoir soin de distinguer les différentes formes précédemment décrites (p. 301), ce qui est capital au point de vue des indications opératoires.

Traitement. — Nous avons vu, au commencement de cet article, les principaux noms qui se rattachent à l'étude du traitement chirurgical de la tuberculose péritonéale ; les mémoires que nous avons cités pages 298 et 326 sont nombreux et permettent de se faire sur cette question une idée claire, qui conduise à une pratique basée sur les résultats de statistiques importantes.

On peut, grâce à ces documents, discuter avec fruit les indications opératoires et régler la technique. Je ne m'occupe ici que des ressources chirurgicales et en première ligne de la laparotomie.

RÉSULTATS DE LA LAPAROTOMIE DANS LA TUBERCULOSE PÉRITONÉALE. — Toutes les statistiques actuellement parues s'accordent à démontrer la bénignité relative de l'intervention, le faible taux de la mortalité immédiate, le nombre véritablement considérable des améliorations durables, voire même des guérisons définitives.

Roersch, en 1893 (1), dans une statistique portant sur 368 cas, accusait une mortalité brute, immédiate ou éloignée, de 83 morts,

(1) ROERSCH, Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse (*Revue de chir.*, 1893, n° 7, p. 529).

soit 23 p. 100, se décomposant en 32 morts nettement post-opératoires par septicémie ou collapsus, et 51 morts éloignées, résultant indirectement de l'opération ; ce qui fait 9 morts opératoires et 14 morts éloignées pour 100 laparotomies.

Suivant la loi générale de l'abaissement de la mortalité, à mesure qu'on se rapproche de l'époque actuelle, les statistiques récentes accusent des chiffres sensiblement plus faibles ; c'est ainsi que Marganicci (1) en 1896 relève, pour 253 cas, une mortalité brute de 37 opérés, ce qui au pourcentage donne 14,6 p. 100 de mortalité, ainsi répartie : 22 fois, c'est-à-dire 8 fois sur 100, la mort est survenue tardivement, en rapport indirect avec l'opération, et 15 fois, c'est-à-dire 6 fois sur 100 seulement, la mort a été nettement le fait de l'acte opératoire, soit que la tuberculose se soit rapidement généralisée, soit qu'une poussée suraiguë ait frappé les poumons ou les méninges.

Ne demandons pas à ces statistiques plus qu'elles ne doivent donner ; dans la statistique de Roersch, la guérison en bloc était de 77 p. 100, si elle est de 85 p. 100 dans celle de Marganicci ; mais que sont devenus les malades qui ont survécu à l'opération ou à ses suites ? Il ne suffit pas, pour apprécier une thérapeutique, de savoir que les malades ont guéri de l'intervention ; ce qui nous intéresse, c'est le taux des opérés améliorés et guéris par la laparotomie ; seule, cette notion nous permettra d'accepter ou de rejeter cette thérapeutique.

Pour que ces statistiques fussent vraiment instructives, il faudrait dire exactement quelle a été la durée de la guérison de ces 77 ou de ces 85 malades classés « guéris ». Que sont-ils devenus au bout d'un an, deux ans, cinq ans, dix ans ? Un pareil pourcentage est malheureusement à peu près impossible.

A ce point de vue, quelques observateurs doivent être cités, car ils se sont attachés à suivre un certain nombre de malades. Koenig (2), sur 84 malades déclarés guéris, en a pu observer 30 pendant plus de deux ans, dont 14 pendant plus de trois ans. Chez 5 malades de Boari (3), sur 6 opérés, la guérison se maintenait au bout d'une période variant de sept à trente et un mois, l'une durait encore quatorze ans après l'opération.

La malade, qui fut le sujet de la célèbre opération de Spencer Wells en 1862, vivait encore en 1889 ; la guérison s'était donc maintenue vingt-sept ans pour elle. Si donc on ne peut pas dire, d'après tous ces chiffres, dans quelle proportion on doit espérer une amélioration

(1) MARGANICCI, Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse (*Congrès de la Soc. de chir. italienne*, 26 et 29 octobre 1896).

(2) KOENIG, Pronostic de la tuberculose péritonéale diffuse (*Centralblatt für Chir.*, 1884, n° 6, p. 80). — KOENIG, Péritonite tuberculeuse et sa guérison par incision abdominale (*Centralblatt für Chir.*, n° 35, 1890, p. 657).

(3) BOARI, Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse (*Riforma medica*, 1897, p. 55, et *Anal. in Presse méd.*, 17 février 1897).

de longue durée, il est au moins permis, en s'appuyant sur des faits précis, d'en affirmer la possibilité; bien mieux, dans des cas déjà nombreux, dus à Ahlfeld (1), à Hofmokl (2), à Keetley, à Ceccherelli (3), à Knaggs (4), à Roersch (5), à Richelot (6), à Novaro, à Picqué (*loc. cit.*), la guérison anatomique de la tuberculose péritonéale, avec disparition totale des tubercules, a été constatée *de visu* au cours d'une seconde laparotomie faite ultérieurement.

En revanche, dans les mêmes circonstances, les récidives ont souvent pu être constatées; 3 fois sur 19 cas, dans la statistique de Valentia von Marchthurn (7), elles se sont produites de trois à sept mois après l'opération; une seconde laparotomie a donné une survie de cinq mois et deux guérisons considérées comme définitives; la mort était survenue pour le premier cas par tuberculose pulmonaire, sans récidive du côté du péritoine. Dans une statistique de 131 cas, de forme ascitique, on voit les récidives notées 19 fois.

Spaeth (8) a objecté que les observations qui entrent dans ces statistiques n'ont pas une valeur scientifique rigoureuse, car l'examen bactériologique n'a pas été fait systématiquement. On peut répondre par des observations de Bumm (9), de Bazy et d'autres, dans lesquelles l'examen bactériologique a été fait et où les malades ont guéri. On peut dire aussi que dans nombre de cas les sujets étaient notoirement tuberculeux, soit par les poumons, soit par les plèvres, ce qui est une sérieuse présomption en faveur de la nature bacillaire de leurs accidents péritonéaux; mais la statistique récente de Valentia von Marchthurn porte sur 19 cas de tuberculose péritonéale diagnostiquée avec le secours de la bactériologie. Ces 19 laparotomies ont donné 16 guérisons dont quelques-unes suivies plusieurs années; sur les trois morts, comme nous l'avons dit, une seule est survenue trente-six heures après l'opération; les deux autres ont été causées, au bout de deux et cinq mois, par les progrès d'une tuberculose pulmonaire qui existait déjà avant l'opération.

Ce que la statistique met surtout en évidence, c'est l'importance de la forme de la tuberculose péritonéale au point de vue du pronostic

(1) AHLFELD, *Deutsche med. Wochenschrift.*, 1880.

(2) HOFMOKL, cité par KUMMEL, *Arch. für klin. Chir.*, 1888.

(3) CECCHERELLI, De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse (*Vie Congrès Soc. italienne de chir.*, 1889, in *Sem. méd.*, p. 129).

(4) KNAGGS, Suites d'une péritonite tuberculeuse (*Mercredi méd.*, 1892, p. 567).

(5) ROERSCH, Du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse (*Arch. de tocol. et de gynéc.*, janvier et février 1894, p. 63 et 93).

(6) RICHELLOT, *Revue des sc. médic. de Hayem*, t. XLI, 1892, p. 281.

(7) VALENTIA VON MARCHTHURN, Tuberculose péritonéale traitée par la laparotomie, 19 cas (*Wiener klin. Wochenschrift*, mars 1897, p. 206, anal. in *Presse méd.*, 13 mai 1897, p. 223).

(8) SPAETH, Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse (*Arch. für klin. Chir.*, 1889, n° 40, p. 710).

(9) BUMM, Processus de guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie (*Mercredi méd.*, 1893, n° 27, p. 324).

opératoire. Des cas de tuberculose miliaire aiguë, traités par la laparotomie, se sont terminés par la mort à brève échéance.

Dans la *forme ascitique*, au contraire, et l'on pouvait s'y attendre, on a eu des résultats surprenants. Certaines statistiques, portant uniquement sur cette forme, notent 90 guérisons sur 100 laparotomies; le pronostic est particulièrement favorable pour les enfants, chez lesquels on a vu la guérison persister plus de dix ans après l'opération. Sans revenir ici sur des chiffres variés, disons qu'on peut compter, dans la forme ascitique, 80 guérisons sur 100 interventions.

Dans la *forme ulcéreuse*, les opérations ont été plus rares et les résultats moins satisfaisants: sur 22 laparotomies réunies par Legueu (1), on trouve 9 morts, dont 4 immédiatement après l'opération, 4 par tuberculose pulmonaire et 1 par fistule intestinale; et 13 guérisons, dont 3 seulement ont pu être suivies. La plupart des guérisons ont été troublées par des accidents multiples et en particulier des fistules stercorales. En somme, on ne trouve ici que 60 p. 100 de guérisons.

Quant à la *forme fibreuse*, comme elle tend naturellement à la guérison, on n'est guère intervenu que lorsqu'il s'est produit un de ces redoutables accidents d'occlusion intestinale dont nous avons parlé; c'est ce qui explique le nombre relativement considérable des morts dans cette variété, que nous avons pourtant donnée comme la plus bénigne. On trouve 9 morts sur 26 opérés, ce qui donne un taux de guérisons d'environ 65 p. 100 seulement.

Pour les *formes localisées*, nous n'avons guère de renseignements précis que pour les tuberculoses d'origine génitale. Dans 17 observations de salpingite tuberculeuse avec pelvi-péritonite réunies par Aldibert, on trouve 4 morts et 13 guérisons dont une a persisté quatorze mois, une autre plus de deux ans, une autre plus de trois ans; et dans 24 observations du même auteur avec généralisation d'une infection tuberculeuse d'origine génitale, on relève 10 morts, 3 améliorations, 1 récidive et 10 guérisons. Ces 41 cas donnent en bloc une mortalité de 34 p. 100. La récente étude de Marchthurn (*loc. cit.*) arrive au même résultat, mais elle ne porte que sur 6 cas dans lesquels des lésions annexielles tuberculeuses, avaient provoqué des adhérences telles que l'extirpation fut impossible.

Une de ces malades, revue au bout de deux ans, n'avait plus trace de sa tumeur pelvienne; trois autres guérirent, la cinquième fut très améliorée, la sixième seule mourut vingt-quatre heures après l'opération; elle avait un abcès tuberculeux de l'ovaire gauche.

Pour avoir tous les éléments d'appréciation, il faudrait être renseigné exactement sur le taux des guérisons spontanées ou médicales;

(1) LEGUEU, De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse (*Sem. méd.*, 10 février 1894, p. 65).

mais ici le pourcentage ne peut être fait; il est impossible de donner des chiffres, mais on ne saurait nier l'existence des guérisons spontanées, ou du moins sans traitement chirurgical, par la simple application de révulsifs locaux. Legendre, du Cazal (1), Sevestre, Millard (2), Comby, Siredey, Richardière (3), Bucquoy, Bernheim, Clément, Boulland (*loc. cit.*), et bien d'autres, en ont rapporté des observations; il est donc incontestable que la tuberculose péritonéale est curable spontanément, surtout chez les enfants; mais aucune statistique ne permet jusqu'ici de se faire une idée, même approximative, de la proportion dans laquelle on peut espérer cette évolution favorable.

En résumé, la laparotomie est, pour l'affection qui nous occupe, un mode thérapeutique très supérieur à tous les autres; elle donne en bloc des résultats qu'on ne saurait attendre d'aucune autre méthode, mais il va de soi qu'elle n'est pas applicable indistinctement à tous les cas avec les mêmes chances de succès, et ce sont ses indications et ses contre-indications qu'il s'agit maintenant de préciser.

INDICATIONS DE LA LAPAROTOMIE DANS LES DIFFÉRENTES FORMES DE LA TUBERCULOSE PÉRITONÉALE. — Dans les formes aiguës, presque toutes les interventions pratiquées jusqu'à ce jour se sont terminées par la mort; mais si l'on songe au pronostic absolument fatal de l'affection abandonnée à elle-même, on peut encore espérer trouver dans la chirurgie une chance de salut, et les faits ne sont pas encore assez nombreux pour qu'on puisse radicalement rejeter toute opération.

La forme ascitique est, nous l'avons vu, celle pour laquelle on obtient les résultats les meilleurs; il est donc indiqué d'intervenir aussi tôt que possible sans s'attarder au traitement médical, d'autant plus que l'évolution naturelle de l'affection conduit d'ordinaire à l'ulcération des tubercules, sur laquelle la laparotomie ne saurait avoir la même influence salutaire.

Dans la forme ulcéreuse, le pronostic opératoire est beaucoup plus grave que dans la forme précédente; mais comme le pronostic de l'évolution spontanée est pis encore, on est autorisé à intervenir de la même façon.

La forme fibreuse n'est, en somme, qu'un processus vers la guérison, et nous verrons même bientôt que la laparotomie semble agir sur les formes décrites plus haut, en stimulant cette évolution fibroformatrice. Il n'y a donc à intervenir ici que si des accidents de compression ou d'occlusion par bride forcent la main au chirurgien. La laparotomie est encore indiquée dans cette forme, si les douleurs sont intenses et si les poussées fébriles intermittentes indiquent

(1) DU CAZAL, Péritonite tuberculeuse guérie par injections de naphthol camphré (*Soc. méd. des hôp.*, 1897. *Presse médicale*, 15 mai 1897, p. 223).

(2) MILLARD, Guérison de la péritonite tuberculeuse (*Mercredi médical*, 1893, n° 45, p. 542).

(3) RICHARDIÈRE, Curabilité de la péritonite tuberculeuse (*Méd. moderne*, 20 décembre 1893).

l'existence de récidives ulcéro-caséuses, qu'on a toujours à redouter.

Enfin, quelle que soit la forme en cours, il est bien évident que l'intervention s'impose d'urgence, si l'on se trouve en présence de phénomènes d'occlusion ou de perforation intestinales, ou si l'on assiste au développement d'un phlegmon pyo-stercoral. Quand il y a coexistence de tuberculose péritonéale et de salpingite tuberculeuse, la première dérivant de celle-ci, on ne peut qu'adopter les conclusions de Bouilly (*loc. cit.*).

« Dès qu'on a des raisons de soupçonner l'existence de lésions tuberculeuses des ovaires et des trompes, on ne doit pas hésiter à intervenir chirurgicalement, car il y a un véritable intérêt à supprimer ainsi les foyers tuberculeux, qui sont la cause des lésions péritonéales; l'existence de l'ascite est, à elle seule, une indication, attendu que, dans beaucoup de cas, la forme ascitique est liée à des lésions des annexes dont on sera ainsi conduit à pratiquer l'ablation. » Dans un récent mémoire, Bouilly s'est attaché à montrer que l'affection décrite sous le nom d'*ascite essentielle* des jeunes filles (1) n'est qu'une modalité clinique de la tuberculose génitale; c'est dans ces cas-là que la laparotomie est tout spécialement indiquée et donne les résultats les plus surprenants.

CONTRE-INDICATIONS DE LA LAPAROTOMIE. — Elles sont tirées pour la plupart de l'existence de manifestations tuberculeuses extrapéritonéales.

La tuberculose pleurale, qui est assez fréquente en cas de lésions péritonéales, doit être recherchée avec soin, et si l'épanchement pleural est abondant, on se gardera de toute intervention sur le péritoine avant d'avoir évacué le contenu des plèvres. Sans pouvoir donner une explication ferme, on constate en clinique le pronostic fâcheux de la laparotomie chez ces malades. Un opéré de Poncet (de Lyon) (2), un autre de Terrier, sont morts dans ces conditions.

Pour la tuberculose pulmonaire, on a longtemps pensé qu'elle constituait une contre-indication formelle à toute opération abdominale; or la clinique apprend qu'elle n'est pas, à beaucoup près, aussi fâcheuse pour le pronostic opératoire que les épanchements pleuraux abondants. Je ne parle pas, bien entendu, des lésions très étendues ou très avancées; il est clair que tout chirurgien de bons sens ne songera pas à prendre le bistouri si les phénomènes pulmonaires dominent la scène. Les statistiques nous apportent d'ailleurs des éléments précis d'information.

Pic (3) rapporte 27 cas de laparotomies pour lésions péritonéales

(1) BOULLY, De l'ascite des jeunes filles symptomatique d'une tuberculose génitale profonde (*Gaz. méd. de Paris*, 20 décembre 1896, p. 612).

(2) PONCET, Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse (*Revue des sc. méd. de Hayem*, t. XLII, 1893, p. 271).

(3) PIC, Intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse, thèse de Lyon, 1898, anal. in *Gaz. hebdom.*, n° 12).

chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire ; 5 malades, porteurs de lésions légères, furent améliorés ; 6, dont les accidents pulmonaires étaient graves, virent leur situation empirer ; 12 ne furent pas modifiés ; les 4 autres n'ont pu être suivis.

Machthurn, sur 11 malades atteints d'accidents pulmonaires, au moment de l'intervention, note 8 guérisons avec rétrocession manifeste des signes thoraciques à l'auscultation ; les 3 autres opérés moururent de tuberculose pulmonaire, l'un après quelques jours, l'autre après huit mois, le troisième après deux ans.

Ces statistiques confirment une remarque qui a été faite depuis longtemps par Debove (1), à savoir que *la disparition des lésions abdominales exerce souvent une influence favorable sur la marche de la tuberculose pulmonaire.*

En somme, on peut conclure que si l'envahissement des poumons assombrit dans une certaine mesure le pronostic opératoire, il ne constitue nullement une contre-indication absolue ; et, surtout dans les formes ascitiques, il ne faut pas se laisser arrêter par une auscultation positive.

La *tuberculose intestinale*, quand elle est appréciable cliniquement, c'est-à-dire quand elle se manifeste par ses symptômes caractéristiques, la diarrhée incoercible et surtout le mélæna, constitue une contre-indication formelle ; tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point ; l'intervention serait fort dangereuse, en exposant à la perforation intestinale ; en admettant même que tout se passe sans accident opératoire, le malade ne tire aucun profit de l'intervention.

C'est pour n'avoir pas tenu compte de ces préceptes formels que j'ai eu récemment un désastre opératoire chez un malade qui présentait des ulcérations fongueuses énormes, cæcales et péri-cæcales.

Enfin, en cas de tuberculose disséminée ou généralisée, est-il besoin de dire qu'on ne songera même pas à intervenir ; il y a là une question de sens clinique, d'appréciation individuelle qui règle l'opportunité de l'intervention.

Technique de la laparotomie.

Le péritoine tuberculeux présente une résistance remarquable aux infections banales ; il est comme blindé et peu disposé à résorber les produits toxiques. On prendra cependant toutes les précautions ordinaires, et c'est à la laparotomie médiane sous-ombilicale qu'on donnera la préférence, réserves faites, bien entendu, pour les cas où un phlegmon pyostercoral, une occlusion intestinale ou une appendicite, fournissent une indication spéciale.

L'incision de la paroi qui aura 7 à 8 centimètres demande quelques

(1) DEBOVE, Traitement médical de la péritonite tuberculeuse (*Soc. méd. des hôp.*, anal in *Sem. méd.*, 1890, p. 382).

précautions inusitées ; il faut soigner l'hémostase et se rappeler que la vascularisation de la paroi est exagérée chez ces malades ; de plus et surtout, on redoublera d'attention en traversant les plans propéritonéaux qui sont presque toujours fusionnés, confondus, et souvent méconnaissables en raison de l'infiltration œdémateuse du fascia propria ; on a parfois une grande difficulté à reconnaître la séreuse intimement unie aux anses intestinales ; j'ai vu les opérateurs les plus distingués blesser l'intestin adhérent à la paroi dès le début de l'opération. Il suffit d'être en défiance pour éviter cet accident.

Une fois l'abdomen ouvert, la conduite diffère un peu suivant qu'on se trouve en présence d'une des trois formes cliniques de l'affection.

S'il s'agit de la *forme ascitique*, on évacue le liquide aussi complètement que possible, on résèque sous des fils de soie passés en anse ou en chaîne, toutes les parties malades accessibles, telles que l'épiploon, les annexes chez la femme, l'appendice dans quelques cas ; puis, avec des éponges ou mieux avec des tampons de gaze stérilisée, imbibés de liqueur de Van Swieten, on assèche avec soin, *sans craindre de froter* les parois séreuses, tous les culs-de-sac et diverticules de la cavité abdominale. Si l'épanchement est bien séreux, citrin, clair et fluide, on ferme le ventre par une suture à étages, comme d'habitude, et les soins consécutifs n'ont rien de particulier ; les fils sont enlevés au bout de huit jours sans incident ; citons cependant l'ulcération tuberculeuse de la ligne de sutures, les fistules intestinales secondaires et les récurrences parfois rapides qui sont notées dans quelques observations.

Comme on le voit, je n'ai pas parlé des grands lavages de la cavité péritonéale qui me paraissent absolument inutiles, et je rejette complètement l'emploi des liquides caustiques que certains chirurgiens ont préconisé. J'ai vu Périer inonder le péritoine tuberculeux de naphthol camphré et l'éponger ensuite ; je connais des chirurgiens qui ont eu des accidents de sphacèle avec ce procédé, auquel Périer lui-même a renoncé ; tout au plus, serait-il indiqué dans quelques cas plus graves de toucher prudemment les parties les plus malades avec un tampon imbibé de naphthol ou de salol camphré.

Le plus souvent, en résumé, il faut se borner à ouvrir l'abdomen, à évacuer le liquide ascitique et à refermer *sans faire le moindre lavage.*

S'agit-il d'une *forme ulcéreuse*, on incise la paroi abdominale avec la lenteur et la prudence déjà recommandées et on introduit la main dans le ventre pour décoller avec soin les adhérences qui agglutinent les anses intestinales entre elles et qui limitent des collections enkystées ; on tâche ainsi de dépister les abcès pour en évacuer le contenu et désinfecter leur paroi. Lorsqu'on a mis ainsi au jour plusieurs poches purulentes, on peut être moins sobre que dans la forme pré-

cédente de lavages et d'attouchements antiseptiques; mais ce qui distingue surtout l'opération dans ces cas-là, c'est qu'il faut laisser, dans l'angle inférieur de la plaie, un ou plusieurs gros tubes de caoutchouc qu'on enlèvera au bout de quelques jours. On fixera ces drains à la peau avec un crin, pour qu'ils ne risquent pas de s'égarer dans la profondeur, et, suivant l'abondance de l'écoulement, on les supprimera après quatre, huit ou dix jours.

C'est surtout dans cette forme que les fistules pyostercorales post-opératoires sont à redouter; pour les éviter, dans la mesure du possible, il est indiqué de placer un petit surjet à la soie sur les points où la séreuse a été déchirée pendant le décollement des adhérences.

Reste la *forme fibreuse*; ici, nous l'avons dit, on n'intervient qu'en cas d'accidents compressifs; on se borne donc le plus souvent à sectionner les brides fibreuses qu'on rencontre et dont la présence provoquait les symptômes auxquels on veut remédier.

Faut-il ajouter que parfois l'anūs artificiel est le seul remède applicable à l'occlusion intestinale d'origine tuberculeuse; mais c'est là une opération très exceptionnelle.

MODE D'ACTION DE LA LAPAROTOMIE DANS LA TUBERCULOSE DU PÉRITOINE. — On a cherché par les théories les plus diverses à expliquer comment peut agir la laparotomie pour enrayer la marche de la tuberculose péritonéale. Pour Sanger, l'opération favorise ou réveille la propriété absorbante de la séreuse.

Pour Wacker et Cameron, elle n'agit qu'en supprimant l'ascite qui favorise l'extension des lésions et les dissémine en quelque sorte à la surface de la séreuse; mais comment expliquer, si cette théorie est exacte, l'action de la laparotomie dans les formes sèches.

Mosetig Moorhof (1) pense que la sécheresse et la lumière étant nuisibles au développement des bacilles, c'est l'exposition du péritoine à la lumière du jour qui joue le principal rôle; mais ce ne sont là que des théories spéculatives.

Nous pensons avec Kœnig, Pic, Truc (2), Ceccherelli, Gatti (3), que la laparotomie favorise la régression et la transformation fibreuse des tubercules par un processus qui a été étudié expérimentalement chez les animaux par Kischenski (4). Dans cette étude très soignée, cet auteur a vu, qu'à la suite de l'intervention simple, apparaît régulièrement dans le péritoine un exsudat séreux qui exerce une action bactéricide sur les bacilles tuberculeux; c'est cette destruction qui provoque le processus fibro-formateur dont la guérison est

(1) MOSETIG MOORHOF, *Wiener med. Presse*, janvier 1891 et juillet 1892.

(2) TRUC, *Traité de chirurgie*, de la péritonite, thèse d'agrégation de chirurgie, Paris, 1886.

(3) C. GATTI, *Du processus intime de la régression de la péritonite tuberculeuse après la laparotomie simple* (*Riforma medica*, 5 mars 1894, p. 627 à 638).

(4) KISCHENSKI, *Comment la laparotomie agit sur la péritonite tuberculeuse des animaux* (*Arch. gén. de méd.*, novembre 1893).

la conséquence. Cette explication, qui paraît s'appliquer à nombre de cas, est assez satisfaisante; quoi qu'il en soit de la théorie, ce qu'il y a de certain, c'est que la présence de l'air au contact de la séreuse abdominale aide puissamment à la guérison, et cela nous mène à étudier, en quelques mots, divers autres procédés thérapeutiques de la tuberculose péritonéale.

DES PONCTIONS ET DES INJECTIONS. — On trouve dans la littérature médicale un certain nombre d'observations dans lesquelles une guérison durable a été obtenue: 1° par une *ponction simple* suivie d'évacuation du liquide ascitique; 2° par une *ponction évacuatrice* suivie d'un lavage à l'eau boriquée (Debove et Ceccherelli), à l'eau stérilisée (Marganicci), d'une injection d'éther iodoformée (Truc), d'une injection de naphthol camphré [Netter (1), Rendu, Debove, de Casal (*loc. cit.*)]; 3° d'une *ponction suivie d'injection d'air stérilisé* (Mosetig Moorhof). Ce dernier procédé a été l'objet d'une communication importante de Joaquim Duran (de Barcelone) au congrès international de Moscou.

C'est le contact de l'air, et la réaction irritative qu'il provoque sur le péritoine, qui sont nuisibles pour le bacille tuberculeux. Il n'est donc pas besoin, dit cet auteur, de pratiquer une laparotomie pour obtenir une guérison; il suffit, une fois l'exsudation éliminée par la ponction, d'insuffler de l'air dans la cavité abdominale de façon que toute la surface séreuse reste à son contact pendant un certain temps. D'après Duran, cette méthode, plus innocente que la laparotomie, est tout aussi efficace, et l'air insufflé suffit pour anéantir la végétation bactérienne développée à la surface du péritoine.

C'est le même principe qui a conduit un de nos internes, Ramon, à proposer les injections d'air stérilisé dans la vessie pour la cure de la cystite tuberculeuse.

Je mentionne enfin, comme procédé exceptionnel, l'injection intrapéritonéale de sérum de chien: Kirmisson et Pinard (2) en ont publié une observation chez une malade préalablement laparotomisée. Casati, s'inspirant d'idées théoriques, a proposé, pour augmenter l'action phagocytaire, de faire à la paroi abdominale une simple boutonnière par laquelle on introduit une mèche de gaze qu'on laisse quelque temps en place « pour provoquer l'irritation ». Un seul cas de guérison actuellement connu ne permet guère de se prononcer sur la valeur de ces deux procédés.

(1) NETTER, *Injections de naphthol camphré dans la péritonite tuberculeuse* (*Mercure méd.*, 1895, n° 28, p. 238). — RENDU, *Ascite tuberculeuse guérie par la ponction abdominale suivie d'une injection de naphthol camphré* (*Soc. méd. des hôp.*, 2 mars 1893, p. 552). — JOAQUIM DURAN, *Traité de la péritonite tuberculeuse avec épanchement au moyen de la paracentèse suivie d'insufflation d'air dans la cavité abdominale* (*XII^e Congrès internat. des sc. méd.*, Moscou, août 1897).

(2) KIRMISSON et PINARD, *Traité de la péritonite tuberculeuse par injection du sérum de sang de chien* (*Sem. méd.*, 1891, p. 313).

Pour résumer, je dirai que pour ma part c'est à la laparotomie que j'ai recours dès l'abord et systématiquement, sauf contre-indication ; elle est plus simple, et plus innocente, car elle est moins aveugle que toutes ces ponctions faites dans un abdomen souvent cloisonné d'adhérences intestinales qui exposent à des accidents inattendus ; en outre, elle est aussi efficace, sinon plus.

Outre les mémoires cités au cours de cet article, voici les notes bibliographiques qui ont servi à la rédaction de ce qui précède.

1876. — GAUDERON, La pér. idiopathique aiguë.
 1885. — TRABAUD, Contrib. à l'étude de la pér. tubercul. chez l'adulte, thèse de Lyon, n° 265.
 1886. — NAUMANN, Pér. tubercul. traitée par la lapar. (*Arch. für klin. Chir.*, n° 2, p. 30).
 1887. — SPILLMANN et GANGINOTTY, art. PÉRITONITES (*Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XXII, 2^e série, p. 393). — VAN DER WARKER, *Améric. Journ. of Obst.*, 1887. — SCHWARTZ, Incision palliative dans la pér. tuberc. (*Rev. des sc. méd. de Hayem*, t. XXX, p. 613). — WEINSTEIN, Rapp. de la pér. tuberc. et de la lapar. (*Wiener med. Blätter*, p. 528, anal. in *Rev. de Hayem*, t. XXX, p. 613). — KUMMEL, Lapar. dans la pér. tuberc. (*Rev. de chir.*, n° 12, p. 1055).
 1889. — DUPONCHEL, Pér. tuberc. localisée d'origine traum., occlusion intestinale. troubles respir., lapar., amélioration (*Gaz. hebd.*, n° 6, p. 93). — K. FRANCK, *Brit. med. Journ.*
 1890. — BRUHL, Du traitement de la pér. tuberc. (*Gaz. des hôp.*, 25 octobre, n° 123, p. 1137). — ROUTIER, Trait. chir. de la pér. tuberculeuse (*Méd. mod.*, 3 avril, n° 15). — JACOBS, *Clinique de Bruxelles*, avril 1890. — TERRILLON, Trait. chir. de la pér. tuberc. (*Sem. méd.*, 15 octobre, n° 15, p. 378). — MATHIS, Traitement de la pér. tuberc., thèse de Paris, 1890. — VIERORDT, *Deutsche Arch. für klin. Med.*, 1890). — O'CALLAGHAN, Pér. tuberc. (*Rev. des sc. méd. de Hayem*, t. XXXVI, p. 646).
 1891. — JONNESCO, Tuberculose herniaire (*Rev. de chir.*, mars et juin 1891. — CANNIOT, thèse de Paris. — LAUENSTEIN, Action curative énigmatique de la lapar. dans la pér. tuberc. (*Centralbl. für Chir.*, p. 793, anal. in *Rev. de chir.*, p. 364). — MILLER, Pér. tuberc. et lapar., anal. in *Rev. des sc. méd. de Hayem*, t. XXXVIII, p. 616. — HELDREICH, *Rev. de Hayem*, t. XXXVIII, p. 616. — MIKULICZ, *Rev. de Hayem*, t. XXXVIII, p. 616. — BACKER, Étrangl. intest. par une bride de pér. tuberc. Lapar. Guérison (an. in *Rev. de Hayem*, t. XXXVIII, p. 617). — MONNIER, *Rev. de clin. et de thérap.*, 11 novembre.
 1892. — LE BAYON, Typhlite tubercul. chron., thèse de Paris. — SIMS, Lapar. pour pér. tuberc. (an. in *Rev. de Hayem*, t. XXXIX, p. 248). — BRAUN, *Rev. de Hayem*, t. XXXIX, p. 248. — FENWICK et POGSON, *Rev. de Hayem*, t. XXXIX, p. 248.
 1893. — NARNOTTI et BACIOCCHI, Pér. tuberculeuse et laparot. (*Gaz. hebd.*, n° 33, p. 395). — LINDER, Traitement opér. de la pér. tuberc. (*Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Band XXXV, p. 448).
 1894. — CASINARI, Lapar. dans la pér. tuberc. Clinique chirurg. du prof. Novaro (*Riforma med.*, 1, 2, 3 mars, p. 591, 602, 614). — DEMMLER, Lapar. pour pér. tuberc., fistule persistante. Mort par cachexie (*Soc. de chir.*, 3 janv., p. 36). — WARNECK, Sur l'action thérap. de la lapar. dans la tubercul. pér. (*Wiener med. Blätter*, n° 3). — JULIAN ROSAL, Quelq. considér. sur la pér. tubercul., thèse de Paris. — GUIGNABERT, Trait. de la pér. tubercul. par les inject. de naphthol camphré, thèse de Paris. — BARBIER, Pér. tubercul. et naphthol camphré (*Rev. de thérap. méd.-chir.*, 1^{er} juin, p. 286). — BECK, De la pér. tubercul. et purul. (*The New York med. Journ.*, 21 avril, p. 488). — DEMMLER, Obs. de pér. tubercul. avec ascite, traitée par ponction et inject. de naphthol camphré (*Gaz. des hôp.*, avril, n° 44, p. 408). — GUILLEMAIN, Tuberculose de l'ovaire (*Rev. de chir.*, 1894). — TSCHEGOLEIO, Pér. tuberc. et laparot. (*Mercur. méd.*, n° 28, p. 351). — NARNOTTI et BACIOCCHI, Mécanisme de la guérison de la pér. tuberc. après la lapar. (*Mercur. méd.*, n° 20, p. 241). — FOLET, Insufflation d'air dans la pér. tuberc. (*Mercur. méd.*, n° 48,

- p. 587, et *Rev. de chir.*, n° 12, p. 1068). — MARTEL, Tumeur kystique de l'ovaire, tuberculose pleuro-périt., ovariectomie, guérison (*Province méd.*, 2-6, p. 256). — MONTAZ, Pér. tuberc. lapar. trois fois (*Soc. de méd., de chir. et de pharm. de l'Isère et Dauphiné médical*, mars, p. 64). — TRÈVES (Fréd.), Trait. de la pér. tubercul. (*Ann. of Surgery*, mai, p. 619). — VARIOT, Sur la curabilité de la péritonite tuberculeuse (*Rev. ill. de polytechn. méd. et chir.*, 30 mars, p. 65). — Pér. tubercul. de l'enfance (*Riforma med.*, 18 juin, p. 769). — LASSERRE, De la tubercul. pleuro-périt. subaiguë, thèse de Paris, 1^{er} mars. — HABERSOHN, Tubercul. des ovaires (*Patholog. Society of London*, 1894).
 1895. — TSCHEGOLEFF, Influence de la lapar. dans la pér. tubercul. (*Gaz. hebd.*). — CATRIN, Trait. de la pér. tubercul. par le naphthol camphré (*Mercur. méd.*, n° 19, p. 224).
 1896. — VARNECK, Résultats favor. de la lapar. dans la pér. tuberc. (*Wratch*, n° 45, p. 128). — VEDLITCHKO, Pér. tubercul. très améliorée par la tuberculine (*Bolnichnoïa Gaz. Botkina*, n° 39, p. 970). — GATTI, Mécanisme de la guérison de la pér. tuberc. après la lapar. (*Arch. für klin. Chir.*, Bd. LIII, p. 654 et 709, anal. in *Rev. de thérap.*, avril 1897). — ANGIKANY, Trait. chir. de la tuberculose pér., thèse de doct. Montpellier. — CELLIER, Trait. de la pér. tuberc. par ponction suivie de lavage à l'eau stérilisée, thèse de doct. de Toulouse. — CRAMER, Tuberculose pér. avec échinocoques du foie (*Vereinsheil. de Deutsche med. Woch.*, 26 novembre, p. 212). — HOLMES, Pér. tuberc. (*Annales of Gynec.*, oct. 1896, p. 1). — LENOIR, Des insufflations d'air dans le trait. des pér. tuberc. thèse de doct. de Lille. — NAUMANN, Tuberc. pér. (*Centralbl. für Chir. Nord med. Arch.*, t. VI). — SEGANTI, Thérapeutique de la pér. tuberc. (*Nord med. Arch.*, t. VI). — URSO, Lapar. pour tuberculose pér. (*Il Policlinico*, 1^{er} juin, p. 276). — LÖHLEIN, De l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur dans l'ascite tuberc. (*Therap. Woch.*, p. 201). — ORTMANN, Contrib. à l'étude de la tubercul. primit. des trompes (*Revue de tuberc.*, p. 69). — P. MAAS, De la tubercul. des org. génit. féminins dans l'enfance, 1896. — NÉLATON, Pér. tubercul. (*Gaz. hebd.*, n° 55, p. 655). — ABBE, Pér. tubercul. (*Gaz. hebd.*, n° 77, p. 916).
 1897. — AVERILL, Pér. tuberc. chez un enfant : lapar. heureuse (*British med. Journ.*, 16 janv., p. 142). — DÖLLINGER, Tubercul. du pér. Laparotomie (*Pest. med. chir. Presse*, 14 février 1897, p. 165). — MARAGLIANO, Tubercul. du pér. et de la plèvre (*Riforma med.*, 5 mars, p. 628). — NOGUÉ, Trait. de la pér. tubercul. chronique (*Rev. intern. méd. et chir.*, 25 janv., p. 39). — QUERVAIN, Tubercul. par corps étrangers du pér. avec échinocoque uniloculaire (*Centralbl. für Chir.*, 9 janv., p. 1). — SEFF, Cas de pér. tuberc. (*Wratch*, n° 3, p. 84). — VARNECK, Résult. favor. de la lapar. dans la pér. tubercul. 2 cas (*Wratch*, n° 45, p. 128). — VERSTRAETE, Ascite tubercul. Lapar. Ponctions répét. Guérison (*Journ. de méd. de Lille*, 13 févr. 1897, p. 157). — CARNOT, Tubercul. utérine (*Soc. anat.*, mars 1897). — POTHERAT, Pér. tubercul. avec lésions des annexes. Lapar. (*Soc. de chir.*, 9 juin, et *Presse méd.*, 13 juin, p. cclxi).

B. — Cancer du péritoine.

Le cancer péritonéal a été décrit déjà par Cruveilhier, Bamberger, Grisolle, qui en ont donné une relation anatomique et clinique à laquelle les travaux récents ont ajouté peu de chose. Cornil et Ranvier décrivent les variétés diverses des tumeurs péritonéales ; puis tous les mémoires qui se rapportent à cette question ne visent plus que des points spéciaux ; c'est ainsi que Kelsch et Wannebroucq, Sourdille, O'Canal, Doemberger, Monnier, Mérand, signalent l'existence de sarcomes péritonéaux ; que Parmentier et Bensaude parlent des lymphadénomes du péritoine ; que Fr. Villar, Quénu et Longuet, Sourdille, étudient la valeur sémiologique du cancer de l'ombilic ; que Feulard, Vilcoq et Landry, Bréchoteau, décrivent les phleg-