

riser trop longtemps, ni attendre que la généralisation des lésions se produise : il faut intervenir avant que la fièvre ne s'installe, avant les sueurs, avant la cachexie. Donc, si l'ascite persiste, ou bien si les collections purulentes se produisent, il faut intervenir.

Parmi les formes chroniques, la forme ulcéreuse est la plus grave : c'est celle aussi où le traitement chirurgical donne les moins bons résultats, parce que souvent il existe des collections purulentes disséminées, qui rendent l'opération laborieuse et périlleuse ou la rendent incomplète. L'opération est surtout efficace quand il n'existe qu'une seule collection purulente.

La forme fibreuse est une forme de guérison. Il convient donc de s'abstenir de toute intervention si l'état général est bon, s'il n'existe pas de phénomènes locaux tels que les douleurs intenses, qui sont dues à des adhérences. L'opération est au contraire indiquée si l'état général est médiocre, s'il existe des poussées fébriles, de l'amaigrissement, indiquant que le processus de guérison est arrêté dans sa marche. L'opération est surtout nécessaire quand il existe des douleurs violentes condamnant les malades au repos absolu, ou bien des symptômes d'occlusion.

Dans la forme ascitique, qui du reste se rattache le plus souvent à la précédente, on ne doit opérer le malade que si l'ascite n'a aucune tendance à se résorber, si le malade maigrit, s'il commence à présenter de légères élévations thermiques vespérales. Il semble d'ailleurs, d'après des travaux récents, que le liquide péritonéal, comme le liquide pleural, possède un pouvoir bactéricide relatif à l'égard du bacille de Koch.

Quelle que soit la forme de la péritonite, il faut intervenir d'urgence si l'on se trouve en présence de phénomènes d'occlusion ou de perforation intestinale, ou si l'on assiste au développement d'un phlegmon pyostercoral. Les accidents d'occlusion peuvent être d'ordre paralytique (Lejars, *Soc. de chirurgie*, 15 juin 1898).

Différents modes d'intervention. — Dans les formes ascitiques, le plus simple est la *ponction*; celle-ci peut être simple, ou bien suivie soit d'un lavage, soit de l'injection d'un topique modificateur, soit de l'insufflation d'air stérilisé.

La ponction présente l'avantage de faciliter l'exploration de l'abdomen et de donner des indications nettes sur l'opportunité d'une intervention. Si, après la ponction, on perçoit quelque empatement, si le liquide s'écoule mal, ce qui indique une tendance à l'enkystement, la laparotomie s'impose.

La ponction simple peut être suivie de la disparition définitive du liquide dans les cas qui ont une tendance naturelle à évoluer vers la guérison; mais c'est à la ponction avec lavages que l'on a eu recours dans ces dernières années. Elle a été préconisée par M. Debove, qui lui doit un succès (*Semaine médicale*, 1890, p. 582). Le lavage est fait, en général, avec la solution saline physiologique. Mathis, Monnier ont rapporté des observations de guérisons obtenues à l'aide de ce procédé. Celui-ci est passible de quelques critiques; l'une des plus sérieuses est celle qui a trait à la blessure de l'épiploon adhérent à la paroi, de l'intestin ou d'un vaisseau important. D'ailleurs, il n'est pas démontré que le lavage ait une influence sur la guérison. On sait en effet qu'une simple incision

du péritoine, sans lavage, peut être suivie de guérison, et même que le nombre des succès est plus élevé, après une simple ouverture de l'abdomen, qu'après l'emploi du lavage (Kœnig).

Quoi qu'il en soit, le procédé de M. Debove, en raison de son innocuité, pourra être employé dans les formes ascitiques généralisées; mais, si l'ascite récidive, on ne devra pas hésiter à employer un moyen plus radical : la laparotomie.

La ponction suivie de l'injection d'un topique modificateur a été pratiquée un certain nombre de fois. M. Rendu (*Soc. méd. des hôpitaux*, mars 1894) a proposé d'injecter, après ponction, par la canule du trocart laissé en place, cinq seringues de Pravaz de naphtol camphré. Il faut avoir soin de ne pas évacuer tout le liquide ascitique; l'injection est suivie d'une réaction locale assez vive, qui disparaît rapidement. Sur trois malades traitées par ce moyen, deux ont pu être considérées comme guéries, l'autre est morte en novembre 1894 de cachexie, avec albuminurie. Son autopsie a montré que toute trace de tubercules avait disparu dans le péritoine, que les anses intestinales jouaient librement, sans être rattachées par des adhérences fibreuses, qu'en un mot, la guérison de la péritonite était aussi complète que possible. La mort avait été la conséquence de dégénérescences viscérales multiples, déterminées par une suppuration osseuse prolongée. L'injection de naphtol camphré ne peut être considérée comme inoffensive. M. Netter a eu à déplorer la mort d'un enfant de sept ans à la suite de l'injection de 5 grammes de naphtol camphré; cet enfant mourut au bout d'une demi-heure, après avoir présenté des convulsions. M. Legendre a d'ailleurs observé que l'injection de naphtol camphré dans le péritoine des cobayes déterminait la mort, après avoir produit des accidents convulsifs analogues. L'insufflation d'air stérilisé (von Mosetig-Moorhoof) a été employée dans quelques cas; mais cette pratique n'est pas d'usage courant. (V. Lenoir, *Thèse de Lille*, 1895-1896.)

La *laparotomie* est en somme le procédé de choix dans la péritonite tuberculeuse. La tendance actuelle est de ne pas la faire suivre du lavage, dont l'action est incertaine; nous avons dit que Kœnig avait obtenu un nombre de guérisons plus élevé dans les cas où la laparotomie avait été effectuée sans lavage. Aldibert a confirmé l'opinion de Kœnig (*Thèse de Paris*, 1892). En tout cas, il n'est pas nécessaire d'utiliser des solutions antiseptiques. Des lavages à l'eau chaude, préalablement stérilisée, suffisent. Ils peuvent être utiles pour entraîner les fausses membranes flottantes, les coagula fibrineux, etc.

Sans avoir recours au lavage, on fait souvent la toilette du péritoine à l'aide d'éponges imbibées d'une solution de sublimé, de naphtol camphré (Berger), etc. Dans les formes suppurées, on pratique le drainage avec la gaze stérilisée (Jalagier, Routier) qui remplace avantageusement le drain.

Mécanisme de la guérison. — La guérison des tubercules péritonéaux se produit par le même mécanisme que celle des tuberculoses siégeant en d'autres points de l'économie, c'est-à-dire par transformation fibreuse, mais on a beaucoup discuté pour savoir comment l'intervention chirurgicale agissait pour amener cette transformation.

Les uns ont attribué son efficacité à l'évacuation de l'ascite : la disparition de