

Comme on le voit, il n'y a rien de surprenant à ce que ces tumeurs tuberculeuses ne soient diagnostiquées qu'au cours de l'opération. D'ailleurs, les malades ne consultent jamais pour leur tumeur, dont ils ignorent l'existence, et qui évolue d'une façon latente et insidieuse jusqu'au moment où se déclare un accident brusque, qui nous fait mettre le doigt sur la tumeur.

Ces accidents, qui sont presque toujours les mêmes, nous sont bien expliqués par l'anatomie pathologique de l'intéressante pièce nécropsique que vous pourrez examiner.

Il s'agit presque toujours de phénomènes intermittents, de crises d'obstruction intestinale, qui aboutissent à l'occlusion. Dans trois de nos cas nous avons observé, soit de l'obstruction ou de l'occlusion intestinale ; dans l'autre cas, nous avons observé, comme accident brusque et révélateur de la tumeur péritonéale, des phénomènes de rétention vésicale.

Cette variété exceptionnelle de la péritonite tuberculeuse est donc une forme sèche, fibro-adhésive, mais localisée à une partie plus ou moins grande du péritoine, et respectant le reste de la cavité abdominale.

* * *

Au point de vue anatomo-pathologique, voici comment évolue cette lésion.

Il se fait d'abord à la surface des anses intestinales un exsudat fibreux, poisseux, collant, qui les rend cohésives et les agglutine les unes avec les autres. Il en résulte des paquets intestinaux arrondis en boule ; les sinus formés par l'accolement des deux cylindres intestinaux voisins sont remplis, sont comblés par l'exsudat agglutinatif, qui nivelle les sillons inter-viscéraux. Il y a donc là de véritables bandelettes fibreuses, prismatiques et triangulaires, séparées les unes des autres par la surface de l'intestin.

Il faut, pour décoller l'intestin, exercer une certaine violence, et il est alors fréquent de trouver, en faisant cette manœuvre, des collections séro-purulentes, de couleurs et d'aspects variés, qui ne communiquent pas avec la grande cavité péritonéale.

Si l'affection marche vers la guérison, cet exsudat se rétracte comme une sorte de tissu cicatriciel et enserre plus ou moins les anses intestinales. Il en résulte une gêne souvent considérable dans la circulation des matières, et cela rend compte des obstructions intestinales par brides, par coudures, par torsions, qui s'observent parfois longtemps après la guérison.