

Même arrivée là, la maladie est encore purement locale ; la tuberculose pleuropéritonéale peut encore s'arrêter et guérir sans que l'infection se propage au-delà. Bouillaud, tout récemment, dans une statistique de 36 observations, note 11 guérisons sans propagation.

Telle est la marche ordinaire de la maladie de la tuberculose primitive du péritoine. La généralisation est relativement assez rare, la propagation, lorsqu'elle est observée, se fait dans des conditions exceptionnelles de lenteur, de tissu à tissu, par poussées successives, prête toujours à rétrograder devant les efforts de la nature et la résistance de l'organisme envahi.

Ces considérations trouvent certainement leur prix dans les applications thérapeutiques qui en découlent. Avons-nous besoin d'intervenir autrement que par un traitement général, lorsque nous avons affaire à une de ces péritonites à marche lente, à forme fibreuse ? Nous savons que si la lésion reste limitée à la cavité péritonéale, la guérison spontanée est, pour ainsi dire, la règle. Lorsque l'ascite est peu importante, que les phénomènes généraux, ne nous forcent pas la main, on peut espérer arriver à un résultat satisfaisant, avec la thérapeutique de réparation, avec les moyens palliatifs (révulsion, etc...) Et en six mois, huit mois, un an, quelquefois davantage, cette péritonite qui nous faisait craindre une issue, dans quelques cas, fatale, aura complètement disparu, sans que nous ayons exposé notre malade aux dangers d'une intervention chirurgicale intempestive.

Mais, nous voici, au contraire, en présence d'une péritonite tuberculeuse qui loin de rétrocéder sous l'influence du régime sévère auquel nous la soumettons, s'aggrave tous les jours. L'ascite devient de plus en plus considérable, le ventre est fortement distendu. Notre malade maigrit, et il est en proie à la fièvre vespérale et vomit. En un mot, l'élément phlegmasique domine et, si nous n'intervenons pas, notre malade ne va bientôt plus pouvoir faire les frais de sa lésion. En même temps, nous trouvons en arrière, vers la base du poumon, de la matité, les signes non équivoques d'un épanchement de faible importance. Alors, il n'y a pas à hésiter ; le chirurgien doit intervenir. Encouragé par les résultats heureux de la laparotomie, il la proposera nettement à son malade, et lui fera entrevoir à ce prix une guérison possible. Il reste bien entendu, néanmoins, que cette altération de la santé générale doit rester dans de certaines limites : nous n'opérons pas des sujets dont les sommets seront plus ou moins ramollis ou infiltrés de tubercules, pas plus que ceux qui auront des manifestations bacillaires avancées du côté d'autres organes. Ici, la règle est la même que celle qui est admise par la plupart des chirurgiens pour les tuberculoses locales.