

tats auxquels je fais ici illusion sont consignés dans un certain nombre d'observations parmi lesquelles les trois suivantes sont particulièrement remarquables.

*Observation I*—“ Huit mois après l'opération, le malade mourait de phtisie pulmonaire. A l'autopsie, le péritoine était net et on ne trouvait plus trace des nombreuses granulations que l'on avait autrefois constatées ” (Hirschberg).

*Observation II*—“ A l'autopsie qui eut lieu un an et demi après, le péritoine était complètement uni, littéralement lisse, poli ; il ne restait plus trace de granulations ” (Ahlfeld).

*Observation III*—Péritonite tuberculeuse type démontrée par examen microscopique. Deux ans après, l'opéré perd la vie dans un accident ; à l'autopsie, le péritoine est uni, poli, complètement débarrassé de granulations.

Nous sommes donc autorisés à affirmer la curabilité de la péritonite chronique tuberculeuse, en nous appuyant sur les données fournies par la statistique, l'évolution clinique et les autopsies. La régression des symptômes se fait à la suite et sous l'influence évidente de l'intervention, mais nous n'en connaissons pas le mécanisme. Comment, en effet, expliquer que dans une péritonite tuberculeuse diffuse un lavage antiseptique qui n'atteint par forcément tous les points en proie à l'infection bacillaire, quelques grammes d'iodoforme, ou même la simple évacuation du liquide aseptique, suffisent, non seulement à enrayer la marche locale du processus, mais encore à rendre en quelques mois, à un péritoine criblé de granulations et dégénéré, ses caractères et son aspect normaux ? Les théories ne manquent pas, mais aucune d'elle ne donne pleine satisfaction à l'esprit, ou ne rend suffisamment compte des faits observés. Quelques unes sont ingénieuses et je citerai à ce titre celles qu'ont émises Cabot, Van de Warber et Cameron.

Pour Cabot, la tuberculose des séreuses est en somme une tuberculose de surface (?), limitée d'un côté par les tissus sains, de l'autre côté en contact avec un liquide éminemment favorable à la progression de l'infection. Supprimez le liquide, assurez son évacuation complète, pansez la surface malade, désinfectez la et vous guérez sans nul doute l'affection tuberculeuse. D'où, pour lui, l'indication formelle d'un drainage, du lavage antiseptique de la cavité péritonéale et l'insuccès assuré à la ponction seule, ou à la simple évacuation du liquide, même par la laparotomie. Comme cet auteur, je pense qu'il ne suffit pas d'évacuer l'ascite et que le lavage antiseptique et le drainage constituent des conditions favorables à la guérison. Mais, je trouve qu'il a tort de révoquer en doute les succès obtenus par la simple évacuation du liquide de la cavité. Il est des cas, dont l'au-