

après un an, 1 après deux ans. Chez l'adulte, 151 opérations avec 52 décès, 99 guérisons (75,5 pour 100), dont 56 persistaient après un an et 25 après plus de deux ans.

Parmi les malades guéris et suivis, la récurrence a été observée 17 fois; la guérison de ces récurrences a été obtenue dans quelques cas par une nouvelle opération.

La *variété ulcéreuse* est beaucoup plus grave, tant par elle-même que par la gravité des opérations qu'elle comporte (ouverture de loges communiquant avec l'intestin, drainage des abcès, etc.). Sur 22 laparotomies, 9 ont été suivies de mort. Des 15 malades guéris (60 pour 100), 5 seulement ont été suivis et étaient en bon état, 2 après un an et 1 après deux ans.

Plusieurs fois les malades n'ont guéri que longtemps après l'opération et après la fermeture d'une fistule stercorale créée par l'opération ou survenue spontanément à sa suite.

La *variété fibro-adhésive* se présente comme la plus favorable à l'intervention; mais il faut tenir compte de ce fait, que la tendance elle-même de cette forme est d'évoluer vers la guérison.

Sur 50 opérés se trouvent 6 enfants et 24 adultes; 5 enfants ont guéri, dont 5 définitivement, et 17 adultes (65,5 pour 100), dont 5 seulement ont pu être revus après plus d'un an. Un certain nombre sont morts ultérieurement de tuberculose généralisée.

En résumé, dans les péritonites tuberculeuses généralisées, les résultats de la laparotomie se répartissent ainsi: forme ascitique, 75,5 pour 100 de guérison; forme ulcéreuse, 60 pour 100; forme fibreuse 65,5 pour 100.

Des statistiques plus récentes montrent que la mortalité opératoire est aujourd'hui très faible (2,76 pour 100; statistique de Margaruni portant sur 255 cas).

Le terme de guérison est pris ici dans son acception la plus large; dans les cas admis comme guéris, on englobe non seulement ceux où la guérison a été définitive (ce sont les plus rares), mais aussi ceux où une guérison temporaire a été obtenue pendant une période plus ou moins longue. La proportion des guérisons devient beaucoup moins satisfaisante, si l'on ne tient compte que des résultats éloignés, et ne paraît guère supérieure.

Parmi les formes localisées, il convient de distinguer plusieurs variétés: les péritonites péricœales; les tuberculoses épiploïques; les péritonites périhépatiques; les péritonites tuberculeuses génitales.

Les premières et les dernières ont surtout donné lieu à des interventions; le nombre des péritonites péricœales opérées est encore trop restreint pour que l'on puisse conclure d'une façon précise sur la valeur du traitement. Quant aux péritonites d'origine génitale, on ne doit tenir compte ici que de celles qui coïncident avec une péritonite généralisée; la statistique des cas opérés n'est pas très bonne; sur 41 cas comprenant des salpingites compliquées de pelvipéritonite et des péritonites tuberculeuses généralisées, à début génital, la mortalité a été de 54 pour 100.

En résumé, deux conclusions peuvent être tirées de ce qui précède: la première, c'est que l'intervention chirurgicale est peu grave par elle-même; la seconde, c'est qu'elle est suivie d'un résultat favorable, au moins immédiat,

dans un grand nombre de cas. Ceux des malades qui n'ont pas guéri définitivement ont du moins éprouvé pendant un temps souvent assez long, parfois pendant quelques années, une amélioration qui est imputable à l'opération. On est donc pleinement autorisé à considérer l'intervention chirurgicale comme un précieux moyen thérapeutique, étant donnée l'inefficacité du traitement pharmaceutique; mais tous les cas ne sont pas justiciables d'une intervention, il importe de préciser les indications et les contre-indications du traitement.

**Indications et contre-indications de l'intervention.** — Les contre-indications opératoires sont fournies presque exclusivement par l'existence de localisations bacillaires sur d'autres points de l'économie.

Si ces localisations sont multiples (foyers osseux, lésions viscérales multiples), non seulement la laparotomie resterait sans bénéfice, mais pourrait même hâter l'apparition de la granulie.

S'il existe seulement de la tuberculose thoracique, la plupart des chirurgiens sont d'avis d'opérer à la condition que les lésions soient peu avancées, que l'état général du sujet lui permette de faire les frais de l'intervention, enfin que la tuberculose ait une marche lente et torpide. Quant à la pleurésie, elle constitue une contre-indication s'il s'agit d'une pleurésie avec épanchement abondant; l'existence de l'épanchement constitue d'ailleurs un danger pour l'administration du chloroforme.

La tuberculose intestinale étendue est une contre-indication formelle; il en est de même de la tuberculose rénale.

Par contre, l'existence de lésions tuberculeuses des ovaires, des trompes, est une indication à l'intervention, qui supprime la cause de l'infection péritonéale.

Si nous résumons maintenant les diverses opinions qui ont cours au sujet des indications du traitement opératoire, nous arrivons aux conclusions suivantes:

Dans les formes aiguës, les résultats de l'intervention sont des plus aléatoires, mais le malade abandonné à lui-même ne présente que des chances de guérison bien minimes; aussi quelques chirurgiens (Kœnig, Jalaguier) pensent-ils qu'il n'y a pas beaucoup à perdre en intervenant.

Dans les formes subaiguës et chroniques, l'intervention est indiquée dans un grand nombre de cas; ici un écueil doit être évité: il ne faut opérer ni trop tôt ni trop tard. Au début de la maladie, la laparotomie serait au moins inutile, beaucoup de tuberculoses péritonéales étant susceptibles d'une guérison spontanée (Le Gendre, Du Cazal, Sevestre, Millard, Comby, Siredey, Richardière, Boulland, etc.). Les auteurs qui ont écrit le plus récemment sur ce sujet sont très réservés au sujet des indications et de l'utilité de la laparotomie. Jacobi croit que la laparotomie n'a jamais guéri un cas qui n'aurait pas guéri sans elle; Guthrie ne l'admet guère que dans les cas d'obstruction intestinale... La vérité paraît être entre les deux extrêmes; en tout cas, l'intervention chirurgicale systématique dès le début doit être rappelée (Martin, *Thèse de Paris*, 1904). Il faut donc, au début, instituer le traitement général reconstituant, applicable à la tuberculose, et surveiller attentivement le malade. D'ailleurs, en améliorant l'état général, on augmente les chances de guérison par l'opération; on place le malade dans les meilleures conditions pour faire les frais de l'intervention. Mais, si une opération précoce peut être inutile, il ne faut pas non plus tempo-