de ce travail irritatif, il a aussi donné naissance à un plus grand nombre de granulations. Sous cette influence il se produit un phénomène extrêmement remarquable, bien indiqué par MM. Cornil et Hérard, et sur lequel nous appelons l'attention ; nous voulons parler de *la rétraction de l'épiploon et du mésentère*. L'épiploon revient sur lui-même, se ratatine, remonte vers la partie supérieure de la cavité abdominale, quelquefois jusque vers la grande courbure de l'estomac, où il peut former souvent une tumeur dure, étalée en surface, et qui pourrait en imposer pour l'existence d'un carcinome du foie ou de l'estomac. Le mésentère de son côté se rétracte, tire à lui contre la colonne lombaire la masse intestinale à laquelle il s'insère. D'un côté, l'absence de l'épiploon vers les parties ombilicales, d'un autre, la rétraction du mésentère, contribuent pour une grande part à donner à l'abdomen cette forme excavée qui a été si souvent constatée, mais qui n'avait pas reçu une explication suffisante. Survienne alors l'inflammation entre ces anses intestinales déjà immobilisées par leur retrait vers la colonne lombaire, les contractions péristaltiques et antipéristaltiques des muscles intestinaux seront de plus en plus enchaînées, la masse alimentaire séjournera plus ou moins longtemps dans la cavité digestive et, ne subissant qu'à sa périphérie, rarement renouvelée, le contact des sucs glandulaires, elle sera dès lors incapable de réparer les pertes incessantes du malade. De là, cet amaigrissement si rapide qui quelquefois aboutit au marasme et ne tarde pas à enlever les malades.

Une autre altération très-rare, et qui ne se rencontre pas plus souvent sur le péritoine et les plèvres, parce que, d'après Virchow, les malades meurent avant sa production, c'est l'ulcération du tubercule en régression caséeuse. Nous ne faisons que mentionner, d'après l'illustre pathologiste de Berlin, une altération que nous n'avons pas vue, et qui n'est pas signalée par les autres auteurs. Quelquefois même, il se formerait, par la confluence extrême des granulations serrées les unes contre les autres et subissant la métamorphose caséeuse, une couche sèche, épaisse, d'un blanc jaune qui recouvre toute la surface comme un exsudat diphthéritique.

E. *Diagnostic anatomique de la granulation du péritoine.* — Si nous connaissons la granulation tuberculeuse par sa forme, par sa structure, nous devons pouvoir la distinguer d'autres produits qui peuvent aussi atteindre la séreuse abdominale, et qui ont avec elle certaines analogies d'aspect extérieur. *Ce diagnostic anatomique* nous sera d'une grande utilité dans les cas assez fréquents où le doute est permis sur la nature de ces produits tuberculoïdes.

On peut confondre les granulations tuberculeuses avec : 1° les petits lobules graisseux du péritoine; 2° les granulations inflammatoires ; 3° les granulations cancéreuses; 4° les productions syphilitiques.

1° Cette confusion possible avec les petits lobules graisseux nous est ainsi indiquée par Virchow dans son Traité des tumeurs : « Les tuniques séreuses présentent souvent des éruptions de si fines granulations, que dans les endroits où le tissu de la membrane renferme des substances particulières, il est très-difficile d'y reconnaître le tubercule. Ainsi, dans l'épiploon, où les tubercules se développent entre les lobules graisseux et dans leur intérieur, il faut souvent beaucoup de soin pour distinguer les lobules graisseux les plus fins des tubercules » (1).

Il suffit sans doute d'attirer l'attention sur cette source d'erreur qui ne peut être commise si l'on y prend garde. La consistance moindre de ces lobules graisseux, leur coloration différente, leur siége, toujours intra-séreux, leur structure, sont des éléments qui permettent de les distinguer des productions tuberculeuses.

2° La difficulté est plus grande, lorsqu'il s'agit des granulations inflammatoires; elle s'accroît surtout avec les diverses interprétations qui ont été tour à tour données sur la nature de ces granulations et qui ont soulevé, comme nous le verrons plus loin, une si grosse question doctrinale. En effet, un grand nombre d'auteurs très-recommandables et même éminents ont attribué à toutes les granulations péritonéales une origine inflammatoire. Ce n'est pas ici le lieu de placer encore toutes

(1) Virchow. Loc. cit., t. III, p. 88.

les discussions que cette question a produites. Qu'il nous suffise de dire maintenant que *granulations inflammatoires et granulations tuberculeuses sont deux éléments différents, relevant de deux causes différentes*. La distinction anatomique de ces deux produits va déjà nous le prouver : les granulations inflammatoires décrites pour la première fois par M. Andral (1), puis par M. Gendrin (2), ont été ainsi décrites par les auteurs du Compendium de médecine : « Souvent, disent-ils, la fibrine sécrétée par la séreuse se concrète, parfois sous forme de grains isolés et de plaques qui imitent entièrement la granulation tuberculeuse » (3). Dans une thèse excellente soutenue à Paris, en 1863, le Dr Martel (4) s'exprime ainsi : « Il faut bien distinguer du tubercule les petites saillies papillaires, de nature purement inflammatoire, qui se voient souvent quelquefois en même temps que ceux-ci à la surface des séreuses..... La granulation est fine, miliaire, intra-séreuse et produit ainsi une saillie acuminée de la membrane. La papille séreuse, au contraire, à cette époque, est souvent large, aplatie : sa circonférence est moins arrondie. La transparence est parfaite si le péritoine est sain d'ailleurs. La saillie se continue avec les tissus dont elle est une efflorescence. » Ajoutons aussi que, d'après MM. Hérard et Cornil, leur siége de prédilection est sur les membranes d'enveloppe du foie et de la rate. A ce propos, nous rappelons que, pour M. Empis, le même siége est donné pour les granulations granuliques, et quelque déférence que nous ayons pour ce savant clinicien, nous sommes obligés de combattre sa théorie et de penser qu'il a souvent confondu des granulations, produits d'une inflammation simple, avec d'autres granulations, produits d'une inflammation spécifique qu'il a appelée *granulie* ou *granulite*. — Mais la nature différente de ces *phlogomes*, comme les appelait le regretté M. Küss, de Strasbourg, n'est pas seulement démontrée par leur aspect, par leur forme différente, par leur plus gros volume, elle nous est encore enseignée par leur structure d'après Hérard et Cornil, qui les ont trouvés pauvres en noyaux avec un agencement qui ressemble beaucoup à la structure des tissus fibreux et élastiques.

(1) Andral. Clinique médicale, t. II.
(2) Gendrin. Histoire anatomique des inflammations, t. I, p. 281.
(3) Compendium de médecine, p. 723.
(4) Essai sur la structure et le développement du tubercule. Thèse inaug., 1863, p. 17.

3° Il est une forme de cancer encore mal connue, et qui, par la localisation de produits miliaires sur le péritoine, peut être très souvent confondue avec des granulations tuberculeuses. C'est ce que M. Cruveilhier a si bien décrit le premier sous le nom de *forme tuberculeuse du cancer péritonéal*. Ce qui contribue encore à entretenir l'erreur, c'est que la marche de la maladie rappelle tout à fait la marche aiguë de la tuberculisation généralisée. En France, le Dr Jousset, dans sa thèse sur le cancer de 1846, avait déjà appelé l'attention sur l'évolution rapide de certains cancers qui, opposés à la phthisie rapide, ont pu être appelés du nom de *cancers galopants*. Sous le nom de carcinose *miliaire aiguë*, M. Laporte, en 1864, rapportait plusieurs observations de MM. Charcot et Vulpian, dans lesquelles le cancer s'était manifesté anatomiquement par la présence sur les séreuses de petites granulations assez analogues pour la forme et le volume avec les granulations tuberculeuses. Un an plus tard, le Dr Barudel (*Gaz. des hôp.*, 1862), décrivait sous le nom de *cancérisation* aiguë un fait semblable (1). Virchow se borne à nommer la *péritonite cirrheuse* (2) et à dire qu'on a souvent confondu le tubercule et le cancer. Il donne dans le tome Ier de son Traité des tumeurs une belle figure représentant un grand nombre de granulations cancéreuses sur la surface du péritoine.

Or, cette carcinose miliaire aiguë peut se montrer dans deux cas : ou elle survient consécutivement à un cancer développé dans un autre organe ; ou elle survient d'emblée chez un sujet indemne de toute autre manifestation carcinomateuse. Dans le premier cas, la carcinose miliaire est secondaire, et l'on comprend parfaitement que par l'existence d'une tumeur encéphaloïde ou squirrheuse dans un autre organe, on n'éprouve pas de difficultés pour assigner à ces productions miliaires

(1) Voyez encore thèse de Neveur, 1871. Du cancer aigu.
(2) T. III. Traité des tumeurs.

leur véritable nature, à moins que l'on n'admette, comme on l'a cru trop souvent, la réunion possible de ces deux diathèses sur le même individu. — Mais il n'en est pas de même s'il s'agit d'une carcinose miliaire aiguë primitive; on n'a pas, comme tout à l'heure, la présence d'une tumeur cancéreuse pour en déduire nécessairement la nature des autres petits nodules. C'est alors que les caractères macroscopiques et microscopiques de ces productions peuvent éminemment être utiles. Les granulations cancéreuses sont d'un gris fauve, quelquefois elles sont blanches, ressemblant à des gouttes de cire blanche disséminées sur une table, d'autres fois rougeâtres, dans quelques cas à demi transparentes. Elles ont le volume d'un grain de mil à une noisette (thèse de Laporte); les petites tumeurs peuvent se ramollir et s'ulcérer et donner ainsi, par ces ulcérations disséminées, un aspect varioliforme à la membrane sur laquelle elles se sont développées. Le liquide est rouillé, sanguinolent, opaque, puriforme. D'après MM. Hérard et Cornil, ces tubercules cancéreux donnent à la coupe, au raclage un suc laiteux. L'examen microscopique permet d'y voir à leur centre des noyaux volumineux de $0^{mm},009$ de diamètre, tandis que les granulations tuberculeuses ne mesurent pas plus de $0^{mm},006$ et ont toujours à leur centre devenu opaque des éléments pâles, atrophiés et granuleux. De plus, comme le disent encore les mêmes auteurs, les petites masses cancéreuses sont plus homogènes et acquièrent le plus souvent un plus grand volume.

Suivant M. Lancereaux, il existerait dans le péritoine des altérations syphilitiques constituées principalement par des gommes. Celles-ci, par leur apparence extérieure, par leur structure histologique, rappellent les productions tuberculeuses. C'est la même prolifération conjonctive, la même multiplication cellulaire; le tassement des éléments qui les composent est identique, et elles subissent également la transformation graisseuse (Villemin) (1). Mais ces gommes atteignent un volume plus considérable que les granulations tuberculeuses et coexistent avec d'autres lésions syphilitiques. — C'est également en se fondant sur d'autres altérations de même nature que l'on peut faire le diagnostic anatomique des tumeurs de la morve. Celles-ci ont chez le cheval une si grande ressemblance avec les nodules miliaires de la tuberculose que quelques auteurs ont pu regarder la morve comme la tuberculose du cheval.

(1) Villemin. Congrès médical international de Paris, 1807. — Ranvier. Recherches anatomiques dans un cas de syphilis viscérale et osseuse. Comptes-rendus de la Société de biologie, 1865.

F. *Epanchement liquide dans la cavité péritonéale.* — Nous savons maintenant reconnaître les lésions du péritoine. La grande cavité séreuse peut renfermer du liquide en quantité variable, mais le plus souvent en petite quantité ; quelquefois cependant l'épanchement est considérable comme nous en voyons un exemple dans la thèse de M. Hemey, où il est noté que l'on retira plusieurs fois de 10 à 14 litres de sérosité, Le plus ordinairement, surtout lorsque l'inflammation ne s'est pas encore déclarée, le liquide est limpide, séreux, citrin, albumineux, coagulable par l'acide nitrique et par la chaleur. Le liquide hydro-phlegmasique qui se trouve dans la péritonite tuberculeuse a d'autres caractères que nous mentionnerons plus loin. Cette hydropisie péritonéale peu abondante, le plus souvent, d'autres fois très-abondante, est due à plusieurs causes, à la compression :

1° Des radicules des mésaraïques par les granulations tuberculeuses;

2° Des veines mésaraïques par les ganglions mésentériques tuméfiés ;

3° A la tuberculose du foie et à l'engorgement secondaire des ganglions de la veine-porte (Virchow).