prime abord ». On constate alors en certains points des douleurs lancinantes, de la fluctuation et de la matité. La fièvre est vive, accompagnée de frissons, avec exacerbations vers le soir, le pouls fréquent, la peau chaude ; il survient des sueurs, de la diarrhée colliquative, de l'amaigrissement, et le malade peut être, pendant un temps plus ou moins long, en proie à tous les symptômes, à tous les accidents de la fièvre hectique. Cette marche *subaiguë* sert d'intermédiaire entre la forme aiguë et la forme chronique dont nous allons parler.

B. *Début chronique, insidieux.* — La péritonite chronique tuberculeuse débute souvent et évolue sans réaction fébrile bien marquée ; les douleurs abdominales sont profondes et sourdes ; elles ne sont souvent pas spontanées, elles sont provoquées ou exagérées par la pression au niveau des deux flancs et de l'ombilic ; le ventre se rétracte vers la colonne vertébrale ou se tuméfie, en partie par l'épanchement d'un liquide ordinairement peu abondant, en partie par la tympanite intestinale qui souvent à elle seule peut constituer l'unique symptôme de la tuberculose péritonéale non compliquée de l'inflammation de la sérieuse ; la diarrhée alterne avec la constipation. — Cette marche chronique peut être quelquefois interrompue par la production d'accidents aigus (fièvre légère, douleurs abdominales plus vives, etc.), coïncidant avec de nouvelles poussées inflammatoires ou tuberculeuses. Bientôt ces symptômes s'apaisent, la fièvre se calme, l'épanchement diminue, et les malades ne ressentant plus que quelques rares douleurs dans le ventre, peuvent de nouveau revenir à leurs occupations. Nous donnons plus loin deux observations qui rappellent bien cette forme de la maladie. Mais cette amélioration n'est pas définitive, et il suffira de la plus légère cause pour amener l'explosion de nouveaux accidents.

Quelquefois enfin, les douleurs sont si peu marquées que les malades n'y attachent aucune importance et qu'ils ne viennent consulter le médecin que parce qu'ils s'aperçoivent d'une certaine tuméfaction du ventre.

Le plus ordinairement, la péritonite chronique tuberculeuse se déclare chez des individus déjà tuberculeux et qui ont présenté tous les symptômes de la phthisie pulmonaire. C'est,

du reste, l'opinion de la plupart des auteurs et de Grisolle en particulier, qui pense que presque toujours les tubercules du poumon sont antérieurs à ceux du péritoine. — Chez les enfants, il n'en serait pas toujours ainsi d'après MM. Rilliet et Barthez qui, sur 22 cas de péritonite tuberculeuse, ont vu 12 fois la phthisie péritonéale débuter d'emblée. On sait, du reste, que la tuberculisation abdominale est plus fréquente chez les enfants que chez les adultes et que, se fixant primitivement sur les ganglions mésentériques et lombaires, elle peut secondairement affecter la grande séreuse.

D'autres fois cette péritonite est complétement *latente*, et l'on trouve à l'autopsie des traces d'inflammation qui n'avait été révélée par aucun symptôme pendant la vie.

La tuberculisation du péritoine sans lésion inflammatoire est le plus souvent latente ou ne manifeste quelquefois sa présence que par la production d'une ascite ordinairement peu abondante qui survient sous l'influence de la compression des veines mésaraïques par les granulations ou les ganglions engorgés. D'autres fois aussi, c'est une tympanite intestinale qui constitue, comme nous l'avons déjà dit, l'unique symptôme de la tuberculose péritonéale.

Telles sont les diverses formes qu'affectent la tuberculose péritonéale et la péritonite tuberculeuse ; nous allons maintenant examiner chaque symptôme en particulier.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

La **douleur** est un des symptômes dont l'intensité est la plus variable. Très-légère ordinairement, au point que les malades négligent d'en parler, elle devient quelquefois rapidement assez vive lorsque de nouvelles poussées granuleuses et inflammatoires se font vers la séreuse abdominale. Tantôt elle est le phénomène initial de la maladie, tantôt elle succède au gonflement du ventre lorsque l'épanchement est produit par l'abondance de granulations qui compriment les radicules des veines mésaraïques.

Dans la forme chronique et insidieuse de la maladie, les douleurs sont sourdes, profondes, contusives, exceptionnelle,

ment lancinantes, rarement spontanées. Elles sont presque toujours provoquées par les efforts de toux, de vomissements, le cahotement d'une voiture, les coups, les chutes et la pression profonde, exagérées souvent par l'ingestion des aliments, la marche, la station debout.

Elles ont un siége variable, mais se font principalement sentir autour de l'ombilic, par la pression profonde des hypochondres droit et gauche, et surtout par une pression exercée simultanément dans les deux fosses iliaques d'avant en arrière et de dehors en dedans. Ces douleurs ne sont pas toujours fixes; elles sont au contraire, vagues, erratiques, mobiles, existant un jour dans une fosse iliaque, un autre jour dans l'autre (Rilliet et Barthez); quelquefois elles se portent à la région épigastrique et donnent lieu à des douleurs en ceinture. Rarement, elles présentent des irradiations. M. Grisolle a observé avec M. Chomel une sciatique très-douloureuse et très-rebelle due à la compression probable du nerf sciatique par des fausses membranes et des adhérences formant tumeur.

Lorsque la péritonite est pelvienne et qu'elle est consécutive à la tuberculisation des organes génitaux, les malades ressentent des douleurs dans le bas-ventre, irradiant vers les aines, les reins et l'anus. Le toucher vaginal permet dans ce cas de constater l'enclavement et l'immobilité de l'utérus au milieu de petites tumeurs situées dans les culs-de-sac, bosselées, arrondies, petites, non fluctuantes, variant du volume d'un haricot à celui d'une noix et donnant souvent aux trompes l'aspect d'un corps moniliforme (Brouardel).

Lorsqu'elle est consécutive aux ulcérations tuberculeuses de l'intestin, il y a eu auparavant des coliques, des borborygmes, des douleurs très-sourdes accompagnées de diarrhée.

Mais on s'exposerait à beaucoup de mécomptes, si l'on croyait que l'existence de ces douleurs sourdes est une règle absolue dans la péritonite tuberculeuse. Il se présente beaucoup d'exceptions, et il est souvent possible de trouver des cas où ces douleurs manquent absolument et où il est difficile même de les réveiller par une pression très-profonde. Ce fait avait déjà été signalé par les auteurs anciens. Bayle (1) cite

(1) G. L. Bayle. Recherches sur la phthisie pulmonaire, p. 148, 1810.

l'exemple d'une phthisie *occulte* compliquée de péritonite dont l'existence n'a été révélée que par l'autopsie. De nos jours, Grisolle rapporte le cas d'un malade atteint d'une péritonite tuberculeuse avec ascite, et qui souffrait si peu que, pour le prouver, il ne craignait pas de se frapper de grands coups dans le ventre.

Enfin, d'autres fois, les douleurs ont un caractère plus aigu, elles laissent peu de repos aux malades, s'accompagnent d'un léger état fébrile; mais elles ne sont pas continues, elles disparaissent au bout d'un certain temps lorsque la poussée inflammatoire qui leur avait donné naissance, finit par s'éteindre. Dans la tuberculose aiguë généralisée, avec prédominance abdominale, dans la forme abdominale de la granulie, comme le dit le Dr Empis, il peut aussi se développer une hyperesthésie générale à laquelle participent des parois de l'abdomen. Dans ce cas, la douleur est superficielle et existe dans la peau. Mais la douleur qui siége dans le péritoine enflammé se distingue de celle qui dans la dothénentérie siége dans la région iliaque droite, par son étendue, sa généralisation à tout le ventre, au creux de l'épigastre, à la région splénique, aux hypochondres (Empis).

Enfin, cette douleur peut être suraiguë; mais alors elle n'appartient pas, à proprement parler, à la péritonite tuberculeuse; car, dans ce cas, elle est souvent consécutive, soit à une perforation intestinale, soit à l'issue dans la cavité séreuse de matières tuberculeuses ou purulentes qui ne tardent pas à développer une inflammation aiguë du péritoine. Mais quelquefois aussi ces accidents se produisent sans douleur, et Andral cite le cas très-remarquable d'une perforation intestinale avec issue des matières dans la cavité abdominale, laquelle ne fut constatée qu'à l'autopsie.

L'abdomen a une **forme** différente dans la péritonite tuberculeuse. Tantôt il est rétracté, revenu sur lui-même, en bateau; tantôt il est distendu, tuméfié. Nous avons parlé à l'article *anatomie pathologique* de la première forme qui est due surtout à la rétraction du mésentère. Dans ce cas, il n'y a pas, ou il y a peu de liquide dans la cavité abdominale.

Dans la seconde forme, l'augmentation de volume peut

reconnaître diverses causes : 1° elle se montre en l'absence de tout épanchement péritonéal appréciable, lorsque les intestins sont distendus par les gaz et que des fausses membranes épaisses réunissent les organes abdominaux et forment tumeur. Dans ce dernier cas, ainsi que dans le premier, nous avons donc affaire à une *péritonite sèche*; — 2° la tuberculisation du péritoine en l'absence de tout travail inflammatoire, est accompagnée d'hydropisie péritonéale par suite de la compression des radicules de la veine porte au moyen des granulations tuberculeuses. Le liquide obéit alors à toutes les lois de la pesanteur, change de place avec les changements que l'on fait subir aux malades, le ventre a la forme d'une outre, et présente, lorsque le malade est dans le décubitus dorsal, cet élargissement des flancs si caractéristique de l'ascite. L'épanchement peut être quelquefois assez abondant pour simuler une cirrhose. Cette forme se rapporte à la *tuberculisation du péritoine avec ascite*; — 3° L'épanchement est ordinairement peu abondant, il est consécutif à l'inflammation péritonéale; limité, circonscrit par des adhérences, il n'obéit plus exactement aux lois de la pesanteur; le ventre a l'aspect globulaire et ovalaire; il présente quelquefois un développement plus considérable sur certains points de l'abdomen. Cette forme de beaucoup la plus fréquente est due à *la péritonite tuberculeuse avec épanchement*. C'est sur ce dernier point que nous devons surtout insister.

Le ventre offre à la **palpation** et à la **pression** une rénitence, un empâtement général qui ont été signalés par tous les auteurs. On peut, en palpant plus profondément avec les deux mains, constater que les anses intestinales ne glissent plus sur elles-mêmes, qu'elles sont immobiles et qu'on les déplace *en masse* de côté et d'autre. On pourrait presque croire à l'existence d'une tumeur qui remplirait toute la cavité abdominale.

On ne sent presque jamais à travers les parois les tumeurs tuberculeuses qui dans ce cas pourraient être confondues avec des tumeurs cancéreuses. Cependant MM. Rilliet et Barthez (1) citent une observation où l'on sentait à travers les parois de

(1) Loc. cit., p. 785.

gros tubercules épiploïques. Empressons-nous d'ajouter que cette constatation, difficile et le plus souvent inutile, ne peut se faire que pour l'épiploon.

On peut aussi sentir et voir à travers les parois des bosselures dues à des dilatations irrégulières de quelques anses intestinales.

A la **vue**, lorsque le ventre est très-distendu par les gaz ou l'épanchement péritonéal, la peau de l'abdomen est sèche et rugueuse et présente dans quelques cas une desquamation assez fine de l'épiderme. Ces caractères n'ont pas une grande importance. Parmi les signes que la vue seule permet de constater, nous signalons l'existence d'une *circulation abdominale supplémentaire*, apparaissant sous la forme d'arborescences veineuses. Ce fait ne doit pas nous surprendre, puisque nous savons que ce phénomène se produit dans tous les cas d'obstacle à la circulation porte, que cet obstacle siége sur les radicules des veines mésaraïques ou sur le tronc même de la grande veine abdominale. Il ne saurait donc y avoir de différence bien marquée pour la disposition qu'affectent ces veines dilatées dans la péritonite chronique et la cirrhose, et nous ne pouvons admettre comme encore parfaitement démontré le signe caractéristique indiqué par M. le Dr Lancereaux dans la thèse de M. Hemey, et suivant lequel les dilatations veineuses seraient sus-ombilicales dans la cirrhose et sous-ombilicales dans la péritonite.

Mais, dans la péritonite chronique, la circulation supplémentaire de l'abdomen n'est pas seulement due à la compression du système porte, elle peut aussi avoir pour origine, comme M. Jaccoud en a cité un remarquable exemple dans sa clinique, une compression de la veine cave inférieure par un ou plusieurs ganglions hypertrophiés ou tuberculeux. L'éminent médecin a indiqué dans ce cas une disposition topographique du réseau veineux différente de celle qui est observée dans la cirrhose. Tandis que dans cette dernière maladie et dans toutes les affections qui ont pour résultat un obstacle au cours du sang porte, la circulation collatérale se fait symétriquement par les veines médianes (épigastriques et mammaires internes) dans l'espace compris entre l'appendice xyphoïde et le pubis;