lorsque la circulation de la veine-cave est entravée, la circulation collatérale se fait sur les côtés, vers les régions hypochondriaques et inguinales, les parties latérales du thorax jusqu'aux clavicules (réseau abdomino-axillaire). De plus, dans le premier cas, le sang circule de haut en bas ; dans le second, il se dirige de bas en haut, et lorsque la cause comprimante siége au-dessus de l'embouchure des veines rénales, l'urine devient albumineuse (Jaccoud), et il existe alors un œdème considérable des extrémités inférieures et des parois abdominales.

Dans les péritonites granuleuses à forme aiguë ou subaiguë survenant dans le cours d'une tuberculose généralisée miliaire, Waller a noté la présence sur l'abdomen de taches rosées lenticulaires, analogues à celles que l'on rencontre dans la fièvre typhoïde. Rilliet et Barthez disent que, lorsqu'elles existent, elles sont « peu nombreuses, petites, mal dessinées, de peu de durée » (1). Nous ne pensons pas que ce simple caractère suffise à distinguer les taches rosées de la tuberculose de celles de la dothiénentérie.

La ***percussion*** fournit des signes très-importants. Si l'on percute l'abdomen, on constate souvent, lorsque le malade est dans le décubitus dorsal, une simple obscurité du son et même les signes de la tympanite dans les deux régions iliaques, dans la région hypogastrique, tandis qu'il existe de la matité sur les parties médianes, au niveau de l'ombilic. Ces résultats sont tout à fait différents, comme on le voit, de ceux qu'on obtient dans une ascite ou un épanchement abdominal qui n'est pas retenu par des adhérences. Dans ce cas, en effet, la matité dans le décubitus dorsal est bien marquée dans les deux flancs, à l'hypogastre, et la sonorité se perçoit dans les régions supérieures et médianes de l'abdomen, suivant une ligne courbe à concavité supérieure De plus, dans l'ascite, lorsqu'on fait mettre le malade sur le côté, le liquide qui obéit aux lois de la pesanteur tombe dans le flanc incliné où le son de percussion est mat, tandis qu'il est sonore dans le flanc opposé ou se sont portées les anses intestinales. Dans la péritonite chronique, le son de percussion ne change pas aussi exactement avec les changements de place qu'on imprime aux malades parce que le liquide est retenu par des fausses membranes.

Ainsi par exemple fait-on coucher un malade sur le flanc droit, la percussion de ce côté pourra donner lieu à un son simplement obscur et du côté gauche à une matité absolue. Cette particularité, qui ne permet pas de confondre une péritonite chronique avec l'ascite, peut cependant susciter une autre cause d'erreur et faire croire à un kyste de l'ovaire. — Ajoutons à tous ces caractères que la fluctuation est aussi très-souvent obscure dans la région hypogastrique et que la sensation du flot ne peut s'obtenir qu'en plaçant les deux mains à une très-petite distance dans les cas très-fréquents où plusieurs épanchements sont enkystés. Nous ne saurions mieux faire, pour donner une idée exacte de tous ces signes si importants que de transcrire ici un résumé remarquable de M. Jaccoud (1) : « Tuméfaction médiocre et régulière du ventre, « sans proéminence médiane accusée ; submatité générale « arrivant par place à la matité absolue, sonorité relative au « niveau des deux côlons latéraux ; empâtement, résistance « et bosselures caractéristiques à la palpitation, déplacement « de toute la masse viscérale d'un côté à l'autre, comme si le « contenu de l'abdomen était transformé en une tumeur uni- « que, parfaitement homogène ; fluctuation très-obscure dans « la région hypogastrique, sans ondulation, sans flot du li- « quide : tels sont les signes physiques qui, sans autre exa- « men, décèlent d'une manière positive l'existence d'une in- « flammation chronique du péritoine. »

Ajoutons que l'épanchement abdominal dans la péritonite chronique a pour caractère très-important d'apparaître et de disparaître quelquefois avec une grande rapidité, au point qu'on en trouve à peine les traces après la mort.

A l'***auscultation***, il est quelquefois permis d'entendre un bruit de frottement péritonéal qui résulte du glissement des deux surfaces viscérales et pariétales de la séreuse devenue rugueuse, soit par le dépôt de granulations nombreuses, soit par la formation de fausses membranes. Ce bruit morbide, bien étudié par le Dr Després, en 1844, par Beatty (de Dublin), Corrigan, Bright et Robert Spittal, disparaît aussitôt que l'épanche-

(1) Leçons de clinique médicale par S. Jaccoud, 2e édit., 1869, p. 116.

ment liquide survient. Son intensité est variable, disent MM. Barth et Roger; tantôt il est constitué par un frôlement léger; tantôt par un râclement plus rude. D'autres fois il donne la sensation de l'écrasement de l'amidon; il peut être perçu par l'oreille et senti par la main. Il peut se produire dans toutes les parties de l'abdomen, autour de l'ombilic, mais surtout dans les points où la séreuse enflammée s'appuie sur un organe résistant, comme dans l'hypochondre droit au niveau du foie. Il est exagéré par les mouvements respiratoires, par la contraction des muscles abdominaux, et aussi quelquefois, d'après le Dr Spittal, (1) par les mouvements intestinaux qui peuvent donner au bruit morbide un caractère continu.

Lorsque le ventre est rétracté vers la colonne vertébrale, la pression avec la main pratiquée sur les ilôts d'intestins agglomérés par des fausses membranes permet d'entendre des bruits légers, comme des petits gargouillements inachevés, si bien nommés *cris intestinaux* par M. le Dr N. Guéneau de Mussy et attribués à des déplacements partiels de liquide et de gaz (thèse du Dr Rathery (2).

Le tympanisme du ventre s'observe fréquemment dans la tuberculose aiguë que M. Empis a appelée du nom de granulie; ce symptôme pourrait être une source d'erreur entre cette maladie et la dothiénentérie. Mais, pour cet auteur, ce météorisme a des caractères particuliers qui peuvent facilement la faire connaître. Dans la granulie, il peut survenir lorsque les symptômes d'innervation sont peu prononcés, puisqu'il est dû à la paralysie inflammatoire des muscles intestinaux, tandis que dans la dothiénentérie il est toujours en corrélation avec l'intensité de la stupeur, la prostration des forces et la gravité apparente de la maladie (3).

Les **symptômes digestifs** et les **troubles nutritifs** qui en sont la conséquence méritent une mention très-impor-

(1) London and Edinb. Montly journal, mai 1845. — Traité pratique d'auscultation par MM. Barth et Roger, 7e édit., 1870, p. 492.

(2) Essai sur le diagnostic des tumeurs intra-abdominales chez les enfants, par le Dr Rathery, thèse inaug., 1870.

(3) Loc. cit., p. 195.

tante dans la description clinique de la maladie. La langue est souvent normale, humide, d'autres fois saburrale; dans quelques cas, elle est surtout à la fin de la maladie, rouge, piquetée, sèche (Toulmouche) (1). L'appétit est quelquefois conservé; mais souvent les malades ont de l'inappétence, du dégoût pour les aliments, ils ont des nausées et enfin des vomissements composés de matières alimentaires ou bilieuses. Du reste, rien de plus variable sous ce rapport : Il est des malades qui, avec des lésions abdominales considérables parcourent toutes les périodes de leur maladie en ne vomissant pas ou en vomissant peu; d'autres, avec des altérations moins marquées, ont des vomissement fréquents, presque incoercibles et qui se répètent presque à chaque repas. Le plus souvent, ils apparaissent dans le cours ou à la fin de la maladie; quelquefois aussi, ils peuvent survenir avant que les autres symptômes péritonéaux se soient encore manifestés, au début même de la tuberculose aiguë, dans la maladie que M. Empis a décrite sous le nom de *granulie à forme abdominale*.

La diarrhée alterne avec la constipation; la première est due aux lésions concomitantes de la muqueuse intestinale (catarrhe, ulcérations tuberculeuses); la seconde, à l'immobilité, à la parésie des muscles de l'intestin; elle est même quelquefois opiniâtre et peut donner lieu à des symptômes d'étranglement. — Enfin, un phénomène qu'il est souvent permis d'observer, surtout dans les cas d'adhérences généralisées et de perforations intestinales faisant communiquer deux anses éloignées, c'est la *lientérie*. Les malades rejettent les aliments presque intacts et mal digérés. Cette complication, qui n'est pas rare, est une cause des plus fréquentes pour produire un amaigrissemement de plus en plus marqué. Les malades ne réparant plus les pertes incessantes de leur organisme, finissent par tomber dans le marasme, et meurent de faim. Aussi dans ces ces n'est-il pas rare d'observer une faim que rien ne peut satisfaire, par la raison bien simple que les aliments sont incomplétement assimilés dans la cavité digestive,

Les **Symptômes généraux** sont souvent peu marqués, et

(1) De la péritonite chronique et des causes de la difficulté de son diagnostic, par le Dr Toulmouche, in Gaz. méd., 1843, p. 546.

il arrive quelquefois qu'une péritonite indolente se termine sans réaction fébrile. Mais, le plus ordinairement, les malades ont de la fièvre le soir avec rémission complète le matin ; la température vespérale s'élève dans l'aisselle de 39° à 39° 5 et même 40°. Le pouls est fréquent, faible, la peau chaude, quelquefois couverte de sueur, surtout pendant la nuit. Du reste tous ces symptômes se confondent avec ceux de la tuberculose pulmonaire qui coexiste presque toujours.

Symptômes rares. — Sous ce titre, nous rangeons les symptômes qui, se présentant rarement à l'observateur, n'ont pas de cette façon une grande importance. De ce nombre, nous citons la présence de dépôts pigmentaires que M. Guéneau de Mussy (1) aurait surtout rencontrés dans la tuberculose abdominale. Dans une thèse fort bien faite sur ce sujet nouveau, le Dr O. Jeannin (2) est arrivé à cette conclusion qu'on trouve « les pigmentations cutanées chez les malades qui ne présentent ni accidents hémorrhagiques graves, ni diarrhée incoercible ». Il en résulte donc que le *masque* des phthisiques ne s'observe pas plus souvent dans la phthisie abdominale que dans la phthisie pulmonaire.

Il survient quelquefois dans la tuberculose péritonéale, des métrorrhagies qui, en l'absence de toute atteinte tuberculeuse des organes génitaux internes, doivent être attribuées à une congestion de l'utérus et des annexes participant aux poussées granuleuses et aux congestions péritonéales qu'elles produisent (Gueneau de Mussy). Dans ce cas, les congestions qui s'opèrent du côté du péritoine et des organes sexuels, peuvent déterminer une véritable *dérivation fluxionnaire* par rapport au poumon et remplacer ainsi les hémoptysies qui font alors défaut. Sans doute, le plus ordinairement, l'aménorrhée est la règle dans les affections tuberculeuses ; mais nous avons observé quelquefois dans les hôpitaux que des ménorrhagies pouvaient, en l'absence de toute lésion ulcéro granuleuse du col utérin, suppléer en quelque sorte aux congestions périphymiques dont les poumons sont le plus souvent le siége. C'est à cet ordre de

(1) Gazette des hôpitaux, n° 30, 1867.

(2) Des pigmentations cutanées dans la phthisie pulmonaire, par le Dr O. Jannin. Thèse inaugur., 1867.

faits que l'on pourrait réserver le nom d'*hémoptysies utérines*. (H. Huchard.)

Les ménorrhagies peuvent être dues aussi à la présence de nombreuses granulations siégeant dans l'ovaire, les trompes ou dans la muqueuse utérine ; mais il est remarquable que les hémorrhagies menstruelles sont rares dans la tuberculisation des organes génitaux. On observe plus souvent l'aménorrhée qui est la conséquence de l'état d'atrophie et d'anémie des organes sexuels. (Brouardel) (1).

Citons encore la sciatique, les phénomènes de dysurie que MM. Chomel et Grisolle ont constatés, des sensations de plénitude dans le bassin, de pesanteur au périnée, consécutives à une rétroversion de l'utérus produite elle-même par des brides celluleuses.

Enfin, M. le Dr Vallin, dans son travail déjà cité, a noté, dans certains cas que nous avons analysés à l'anatomie pathologique, l'existence au niveau de la cicatrice ombilicale d'une rougeur et d'un œdème indolent de la peau, qui persistent quelquefois pendant un temps assez long, variable de un à deux mois. M. Bernutz avait déjà dans un mémoire inséré dans les *Archives de médecine* (2) attiré l'attention sur les phlegmasies aiguës des parois de l'abdomen terminées par suppuration. M. Vallin a plutôt décrit les phlegmasies chroniques péri-ombilicales. Cette rougeur et cet œdème indolent sont des signes souvent précoces de la perforation qui doit s'effectuer plus tard autour de l'ombilic.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Les développements dans lesquels nous sommes entré pour la description exacte des symptômes, nous dispensent d'une longue étude sur le diagnostic qui, du reste, n'appartient qu'indirectement à notre sujet.

A. — La tuberculisation du péritoine et la péritonite tuberculeuse à forme aiguë et typhoïde, qu'elles succèdent à une phthisie pulmonaire chronique, ou qu'elles apparaissent

(1) Loc. cit., p. 106.

(2) Des phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen (Arch. gén. de méd. Juin, 1850.