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.

comme phénomènes prédominants dans le cours d'une tuberculose aiguë généralisée, peuvent être confondues avec la fièvre typhoïde, l'entérite.

1° L'invasion de la dothiénentérie et de la phthisie granuleuse généralisée est à peu près la même ; mais, au bout du premier septénaire, la première maladie s'est ordinairement bien accusée par les symptômes abdominaux, la prostration des forces, la diarrhée, le météorisme, le gargouillement, la tuméfaction de la rate et enfin l'apparition de taches rosées lenticulaires (Empis). Dans la seconde affection, l'état général du début peut persister pendant plus d'une semaine sans donner lieu à des symptômes caractéristiques. L'apparition des taches rosées, lorsqu'elles se produisent, se fait plus tardivement que dans la fièvre typhoïde ; ordinairement il n'y a pas de diarrhée au début, et lorsqu'elle existe, elle alterne souvent avec la constipation ; les douleurs abdominales ne sont pas localisées dans la fosse iliaque droite ; elles sont plus généralisées et ont leur siége d'élection autour de l'ombilic, dans les flancs, quelquefois dans les hypochondres. — La température ne présente pas le cycle thermométrique de la dothiénentérie avec ses stades d'oscillations ascendantes, fixes et descendantes. Cependant il arrive quelquefois que la température de la granulose aiguë est tellement semblable à celle de la fièvre typhoïde, qu'on se fonde sur ce caractère pour admettre l'existence de cette dernière affection, quand à l'autopsie on ne trouve qu'une éruption granuleuse généralisée. Nous avons assisté il y a quelques jours à l'autopsie d'un malade de M. Jaccoud. Le diagnostic fondé sur le tracé thermométrique avait été fièvre typhoïde, et à l'autopsie on ne trouva aucune des lésions de cette maladie, mais de très-fines granulations dans les deux poumons. L'éminent clinicien disait à ce propos qu'il avait déjà vu plusieurs cas semblables.

La prostration des forces est un phénomène plus précoce dans la fièvre typhoïde que dans la granulose.

Dans la deuxième affection, le météorisme dû à la paralysie inflammatoire des muscles intestinaux, n'est pas en rapport avec l'adynamie du sujet, comme dans la dothiénentérie où ce symptôme est ordinairement le résultat de l'asthénie générale (Empis).

De plus, dans la granulose, lorsque des complications se montrent du côté des centres nerveux, le ventre s'incurve et se rétracte.

Les accidents nerveux qui peuvent se montrer dans les deux maladies sont peu différents. Quelques auteurs ont seulement indiqué les caractères du délire qui serait le plus souvent nocturne (Colin), et l'hyperesthésie cutanée (Empis).

Les vomissements sont rares dans la dothiénentérie ; lorsqu'ils apparaissent, c'est surtout à la période d'état, tandis que, dans la granulose, ils sont surtout un symptôme d'invasion. Dans cette dernière affection, on peut constater souvent les signes d'une pleurésie sèche ou avec épanchement unis à ceux d'une bronchite ou d'une congestion pulmonaire généralisée, tandis que, dans la première, ce sont les signes d'une bronchite catarrhale et d'une congestion hypostatique qu'on observe.

L'*entérite*, surtout celle qui se manifeste chez les tuberculeux, présente le plus souvent de la diarrhée. Les douleurs, qu'elle provoque sont plus sourdes, plus profondes, présentant leur maximum d'intensité sur le trajet du gros intestin, dans les deux fosses iliaques droite et gauche, d'après M. Hemey. Pour ce médecin, il est possible de distinguer la douleur intestinale de la douleur péritonéale par le procedé suivant : il suffit de déprimer lentement la paroi abdominale dans un point quelconque et de retirer brusquement la main. Dans le cas de péritonite, ce mouvement donne lieu à de la douleur qui ne se produit pas dans l'inflammation de la muqueuse de l'intestin.

II. — Parmi les affections qui peuvent être confondues avec la péritonite tuberculeuse à forme chronique, nous citerons :

1° La cirrhose ;

2° Le carreau ;

3° Le kyste de l'ovaire ;

4° Les abcès de la fosse iliaque ;

5° La tympanite ;

6° Les diverses tumeurs abdominales (cancer, tumeurs leucémiques, développement anormal du foie, de la rate, etc.).

1° La *cirrhose* ne s'accompagne presque jamais de fièvre.

Nous ne disons pas « toujours » parce que les affections hépatiques, surtout la lithiase biliaire, produisent en effet quelquefois de légers accès fébriles intermittents (Monneret, Charcot, thèse de Magnin). Elle débute souvent par des troubles digestifs (inappétence, dégoût des aliments, nausées), et reconnaît le plus ordinairement pour causes, la syphilis, les fièvres paludéennes, l'alcoolisme, les maladies du cœur, la profession des fondeurs en cuivre (Lancereaux) (1). — La nutrition s'altère, l'amaigrissement survient dès le début de la maladie avant même qu'elle soit confirmée, tandis que, dans la péritonite chronique, tous ces symptômes généraux se montrent à la dernière période. — Le liquide abdominal se produit lentement, mais il augmente progressivement et ne disparaît pas ou ne diminue point avec rapidité, comme cela arrive pour le liquide de la péritonite chronique. Non retenu par des adhérences, il obéit à toutes les lois de la pesanteur et présente tous les caractères de l'épanchement purement hydropique.

La percussion de la région hépatique permet de constater une atrophie du foie; la percussion et l'auscultation des poumons donnent des signes négatifs. — La douleur abdominale est nulle dans la plupart des cas.

2° Dans le *carreau*, on sent le long de la colonne vertébrale des tumeurs dures, bosselées, ordinairement peu douloureuses à la pression, et qui sont produites par l'engorgement tuberculeux des ganglions mésentériques et lombaires; on peut observer des phénomènes de compression dus par exemple au siége de ces tumeurs ganglionnaires près de la veine cave abdominale. Cette tuberculisation mésentérique est quelquefois compatible chez certains enfants avec les apparences d'une excellente santé (Guersant, Rilliet et Barthez). D'autres fois, elle se traduit par l'amaigrissement, la diarrhée, le marasme, etc.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce diagnostic; car nous savons que, chez les enfants surtout, la phthisie péritonéale peut succéder à la phthisie mésentérique.

3° Le *kyste de l'ovaire* n'est accompagné que vers la fin, de troubles de nutrition, lorsque l'influence comprimante se fait

(1) Lancereaux. Art. Alcoolisme du dict. encyclopédique.

sentir sur les organes abdominaux et thoraciques. Pas de fièvre, pas de douleurs, lent développement de la tumeur sur un des côtés de l'abdomen, signes de l'enkystement *complet* du liquide, tels sont les caractères qui servent à distinguer un kyste de l'ovaire.

Lorsque des douleurs vives, superficielles surviennent, elles peuvent être dues à une péritonite qui se produit autour de la poche, ordinairement quand celle-ci a déjà acquis un développement assez considérable. Du reste, les signes de la percussion et de l'auscultation des poumons sont complétement négatifs.

4° Nous nous bornons à citer les autres affections qui peuvent être confondues avec la péritonite tuberculeuse. Il suffit simplement de les énoncer pour qu'un médecin exercé puisse éviter une erreur.

Nous continuons cette étude par le diagnostic des différentes péritonites entre elles.

III. *Diagnostic des diverses péritonites chroniques.*— 1° L'*alcoolisme chronique* et la *syphilis* peuvent déterminer, d'après le Dr Lancereaux, des lésions du côté de la séreuse abdominale, et donner lieu à tous les symptômes de la péritonite chronique (1).

Cet auteur cite quatre observations personnelles, plus deux observations du Dr Thomeuf et un cas rapporté par Bright (2), où l'alcoolisme avait déterminé les lésions d'une péritonite pseudo-membraneuse. L'abdomen renferme aussi du liquide rarement libre dans la cavité, le plus souvent contenu dans plusieurs poches cellulo-membraneuses de nouvelle formation. Ce liquide est séreux, transparent, rarement sanguinolent, quelquefois jaunâtre, se précipitant très-facilement par l'acide nitrique et la chaleur. Cette *péritonite alcoolique* se traduit, d'après cet auteur, par les symptômes suivants qui coexistent

(1) E. Lancereaux. Article Alcoolisme du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, p. 636.

Traité historique et pratique de la syphilis. Paris, 1866, p. 321.

(2) Recherches sur le diagnostic des adhérences péritonéales. In Gaz. méd. 1838.

avec des troubles cérébraux et ne peuvent ainsi laisser aucun doute sur l'existence de l'intoxication alcoolique : « Douleur généralement sourde, disséminée sur différents points de l'abdomen, accusée par la percussion, tout au moins dans la première période du mal, augmentation de volume, inégalité de l'abdomen, sans dilatation des veines sous-cutanées, sensation de flux, déplacement incomplet du liquide épanché, absence de déplacement des anses intestinales à la palpation, parfois diarrhée concomitante, dyspepsie et souvent cachexie... »

Ce sont donc les symptômes de la péritonite tuberculeuse qui viennent d'être énumérés. Le diagnostic ne pourra s'établir sûrement que par les anamnestiques, la connaissance des antécédents héréditaires, pathologiques et hygiéniques. L'absence de lésions pulmonaires de nature tuberculeuse pourra mettre sur la voie. Mais une nouvelle difficulté peut encore surgir ; car il est maintenant reconnu, par beaucoup d'auteurs, que l'alcoolisme est loin d'avoir cette influence si salutaire sur l'évolution du processus tuberculeux, comme l'avait avancé Magnus Huss, mais qu'au contraire, il favorise le développement ou accélère la marche de la tuberculose, surtout sous la forme granuleuse. Les granulations que M. Lancereaux dit avoir trouvées sur le péritoine des alcooliques, et qui « sont très-analogues aux granulations tuberculeuses de la phthisie aiguë, » doivent donc être rapportées à cette dernière maladie, surtout dans les cas où on peut retrouver de semblables productions dans les poumons.

2° D'après le même auteur, les lésions syphilitiques du péritoine affectent deux formes : dans l'une, dont les exemples très-rares peuvent être encore sérieusement contestés, la péritonite est due à la présence dans la séreuse abdominale de gommes syphilitiques (*péritonite gommeuse*); dans l'autre, la péritonite est *membraneuse adhésive*, elle est caractérisée anatomiquement par l'existence de fausses membranes, d'adhérences rarement générales, le plus souvent partielles, entre les intestins, et surtout par l'épaississement des capsules d'enveloppe du foie et de la rate.

Mais, dans ces cas, l'erreur est difficile, surtout si le malade

a eu des accidents syphilitiques bien accusés. Il ne faut jamais perdre de vue aussi, comme le dit si bien le savant médecin auquel nous empruntons ces détails, que dans la *péritonite syphilitique*, le foie et la rate sont ordinairement augmentés de volume ; que dans la *péritonite tuberculeuse*, l'appareil pulmonaire offre des altérations caractéristiques, et que dans la *péritonite alcoolique*, on observe le plus souvent des pituites stomacales, du tremblement des mains et de l'anesthésie aux extrémités des membres.

3° Nous avons vu, à l'anatomie pathologique, que la *péritonite cancéreuse*, par l'aspect de quelques-unes de ses productions miliaires, peut susciter des embarras sérieux au point de vue même du diagnostic de la lésion. La difficulté existe aussi pour le diagnostic de la maladie. Cependant, il existe certains caractères qui permettent de distinguer une péritonite cancéreuse d'une péritonite tuberculeuse. La première est souvent consécutive à l'apparition de tumeurs carcinomateuses qui se sont primitivement développées dans d'autres organes, et qui ont rarement, comme pour la diathèse tuberculeuse, leur lieu d'élection dans l'appareil pulmonaire. Elle ne se montre pas aux mêmes époques de la vie, est rarement accompagnée de sueurs nocturnes. De plus, la fièvre est l'exception dans la péritonite cancéreuse. On observe plus souvent que dans la tuberculose l'engorgement des ganglions et leur envahissement par le cancer (Chomel, Gueneau de Mussy).

Lorsque les tumeurs péritonéales sont volumineuses, on peut sentir souvent, après la diminution ou la disparition de l'épanchement abdominal, des tumeurs mamelonnées, irrégulières. Les douleurs sont plus vives que dans la péritonite tuberculeuse, et elle prennent plus particulièrement le caractère lancinant. Si l'on fait une ponction abdominale, on retire le plus ordinairement un liquide rousseâtre et sanguinolent. Ajoutons encore cette coloration jaune-paille de la peau si caractéristique qui n'existe pas toujours, mais qui peut devenir, à l'occasion, un élément assez important de diagnostic.

4° Souvent, chez les tuberculeux, il survient, surtout à la période ultime de la maladie, une péritonite subaiguë, se manifestant par des douleurs abdominales, l'épanchement de li-

quide dans la cavité péritonéale, la fièvre, les vomissements, etc. On fait le diagnostic *péritonite tuberculeuse*, et, à l'autopsie, on ne trouve que les lésions de l'inflammation du péritoine, sans qu'il soit possible de trouver aucune granulation ou aucune lésion tuberculeuse dans l'abdomen. M. Louis, dans son *Traité de la phthisie*, en cite quelques exemples; Valleix (*Bulletin thérap.*, 1846) cite, chez des tuberculeux, des cas de péritonites sans tubercules survenant sous l'influence de la maladie générale. Aran et d'autres auteurs après lui ont signalé le même fait (1).

Comment expliquer ces péritonites? Les inflammations péritonéales qui surviennent quelquefois à la dernière période de la phthisie sont-elles de pures coïncidences ou sont-elles sous la dépendance de la diathèse tuberculeuse qui produirait ici des granulations, là des phlegmasies adhésives? ou, enfin, doit-on mettre ces péritonites sur le compte de la profonde altération du sang, de la dyscrasie, qui, comme on le sait, peut déterminer, à l'approche de la mort, des inflammations dans divers organes? Nous inclinons beaucoup vers cette dernière interprétation, parce que ces péritonites n'apparaissent surtout qu'à la dernière période de la maladie, et qu'elles se montrent principalement chez les individus profondément épuisés par la cachexie. *La péritonite non tuberculeuse qui survient chez les tuberculeux a donc un grand caractère de gravité.* Les symptômes se confondent naturellement avec ceux de la péritonite tuberculeuse, et le diagnostic entre ces deux affections est complétement impossible. Cette inflammation ultime du péritoine se distingue par les circonstances étiologiques qui président à sa formation et à son mode d'apparition des péritonites pouvant survenir chez les tuberculeux à la suite de perforations de l'intestin, de la rupture d'un abcès tuberculeux dans la cavité péritonéale, et de la propagation inflammatoire par l'intermédiaire des ganglions mésentériques tuberculeux.

M. Henri Huchard, interne des hôpitaux, a bien voulu nous communiquer une observation intéressante de péritonite chro-

(1) Thèse Clément.

nique survenue dans les derniers jours chez une tuberculeuse. A l'autopsie à laquelle nous avons assisté, on n'a pu découvrir, en aucun point de la cavité abdominale, de granulations miliaires ou de tubercules.

5° Quant aux péritonites chroniques qui succèdent aux péritonites aiguës, par exemple, après un accouchement laborieux, après des traumatismes de l'abdomen, etc., quant aux péritonites chroniques qui surviennent d'emblée en dehors des causes déjà citées, dans la maladie de Bright, après une dysentérie, après l'inflammation d'un des viscères de l'abdomen, etc., on comprend que leur diagnostic se fonde uniquement sur les commémoratifs et aussi sur l'absence de lésions tuberculeuses dans certains organes, tels que le poumon.