

mann (1), ou bien le péritoine est le plus atteint, ou bien au contraire la lésion de la séreuse paraît nettement secondaire à une affection cœcale très prononcée. Dans ce dernier cas, la tuméfaction est le plus souvent telle, qu'on peut penser à une tumeur maligne. C'est ainsi que sur un malade de Bouilly, le diagnostic porté avait été lymphadénome. J'ai fait moi-même à l'hôpital Lariboisière une laparotomie qui m'a conduit sur une masse fongueuse du volume du poing (septembre 1897) et les lésions cœcales étaient si avancées qu'il était impossible de reconnaître les parois du viscère : aussi ai-je pénétré sans m'en douter dans la cavité même du cæcum et ai-je dû terminer l'opération par un anus artificiel.

La *tuberculose du péritoine pelvien* a été décrite par Paul Brouardel (2) dès 1865. Elle est le plus souvent consécutive à la tuberculose des ovaires et des trompes. C'est, ou bien une salpingite tuberculeuse avec périsalpingite, ou bien une salpingite tuberculeuse avec tuberculose du péritoine qui tapisse le petit bassin jusqu'au détroit supérieur ; ou bien encore une tuberculose péritonéale généralisée avec lésions prédominantes dans le petit bassin, ce qui assigne à l'affection un début franchement génital. Comme dans toutes les suppurations annexielles et périannexielles, on peut constater l'existence de fistules, de poches séparées, de perforations des organes voisins, du rectum, du vagin, de la vessie.

Quelques cas rares de *tuberculose herniaire* ont été signalés en particulier par H. Tenderich (3). Les lésions étaient localisées au sac épaissi, rugueux, inégal, couvert d'un semis de granulations et rempli de liquide. En général, il s'agit de sujets tuberculeux avérés, atteints de lésions pulmonaires de même nature. C'est surtout dans les hernies inguinales que cette tuberculose localisée a été observée. Chez un malade de Largeau (4), la séreuse qui constituait le sac herniaire était lisse et absolument indemne, alors que l'épiploon hernié et adhérent était recouvert de granulations tuberculeuses.

Symptômes. — Nous retrouvons ici les trois divisions qui nous ont servi à classer les lésions anatomiques.

A. Tuberculose péritonéale aiguë. — Le plus souvent, l'atteinte péritonéale n'est qu'un épiphénomène au cours d'une granulie, ou une complication terminale dans une tuberculose chronique. L'apparition, chez un tuberculeux avéré, de vomissements porracés, d'un épanchement ascitique, de douleurs abdominales, permet de reconnaître l'extension au péritoine de l'infection tuberculeuse ; mais il n'en va pas de même, lorsque la localisation péri-

(1) PILLIET et HARTMANN, Péritiphylite tuberculeuse (*Soc. anat.*, 1891).

(2) P. BROUARDEL, *loc. cit.*, 1865.

(3) H. TENDERICH, Tuberculose herniaire (*Deutsche Zeitschrift für klin. Chir.*, Bd. XLI, fasc. 13, p. 220).

(4) LARGEAU, Épiploïte tuberculeuse (*Sem. méd.*, 1888, p. 428).

tonéale se produit chez un sujet porteur d'un foyer latent ou méconnu de bacillose.

Chez l'adulte, l'affection débute par des phénomènes généraux : malaise, céphalalgie, courbature, fièvre à oscillations irrégulières, amaigrissement rapide, hyperesthésie cutanée, météorisme, douleurs abdominales. S'étonnera-t-on, après cette énumération de symptômes, que la confusion avec la fièvre typhoïde ait été si souvent commise, avant la pratique du séro-diagnostic.

Chez l'enfant, le tableau clinique se rapproche le plus souvent de celui de la méningite ; mais cependant, le météorisme, l'ascite, les vomissements porracés permettent d'éviter l'erreur.

L'évolution est rapide ; la mort arrive en trois semaines ou un mois après une cachexie aiguë ; et nous verrons plus loin que jusqu'ici la chirurgie reste impuissante en pareil cas à enrayer cette marche fatale. Disons pourtant qu'on a pu assister exceptionnellement à la transformation de la tuberculose miliaire en tuberculose chronique ulcéreuse et même fibreuse.

Une forme particulièrement intéressante, signalée déjà par Louis, Godelier, Empis, a été décrite en 1884 comme type spécial par Fernet, qui en a fait une description clinique complète, qui en a précisé la pathogénie et qui a montré sa bénignité relative : c'est la *tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë* (1).

Elle débute à peu près comme la tuberculose péritonéale aiguë, par des symptômes généraux vagues : fièvre, malaise, céphalalgie, amaigrissement ; mais bientôt ces phénomènes s'amendent et les signes abdominaux s'accroissent au contraire et paraissent prédominants. On voit le ventre devenir douloureux, se ballonner, se remplir de liquide ; les vomissements, la constipation tourmentent le malade ; puis, au bout de quelques jours, on assiste au développement d'une phlegmasie pleurale occupant surtout la base et les culs-de-sac costo-diaphragmatiques, avec un épanchement séreux moyen, uni ou bilatéral. Ce processus pleuro-pulmonaire peut évoluer sans que les poumons soient atteints. Cette forme bien spécifiée peut être mortelle en trois semaines ou un mois ; mais c'est surtout lorsque l'infection pleuro-péritonéale est secondaire à une affection pulmonaire antérieure. Plus généralement, elle guérit en quelques semaines, ou passe à l'état chronique dans la forme primitive la plus ordinaire.

On a signalé enfin, surtout dans la deuxième enfance, une tuberculose aiguë à lésions prédominantes sur tout le système séreux, le péritoine, les plèvres, le péricarde, les méninges.

B. Tuberculose péritonéale chronique. — Les trois formes anatomiques de la tuberculose du péritoine commandent une allure

(1) Voy. la thèse de BOULLAND sur ce sujet. Paris, 1885.

clinique particulière pour chacune d'elles. Ici encore on distinguera trois modalités cliniques.

1° FORME ASCITIQUE. — C'est ce que l'on a décrit sous le nom d'*ascite essentielle des jeunes filles*. Cette forme peut, comme nous l'avons dit, tourner court et s'arrêter dans son évolution. Parfois, au contraire, elle ne reste pas à ce stade et n'est que la phase initiale d'une tuberculose ulcéreuse ou fibreuse du péritoine.

Elle débute par des douleurs abdominales vagues et modérées, des coliques, un peu de diarrhée, ou des alternatives de diarrhée et de constipation, des nausées et parfois des vomissements. La température est peu élevée ou normale, et l'état général est à peine altéré avec un peu de pâleur, d'asthénie, et un léger degré de dénutrition.

Bientôt apparaissent deux symptômes de haute signification, l'ascite et les signes pleuraux.

L'*ascite* se développe insidieusement : le liquide est libre dans la cavité péritonéale, et se reconnaît à tous les signes classiques (flot, matité des flancs, etc.) ; cependant les veines sous-cutanées de l'abdomen ne sont pas dilatées.

Les *phénomènes pleuraux* consistent en frottement que l'auscultation révèle aux deux bases avec prédominance marquée, le plus ordinairement à droite.

Au bout d'un temps qui varie de dix jours à un mois, tous les symptômes disparaissent, sauf l'ascite qui augmente peu à peu, sans jamais atteindre toutefois à un développement exagéré. Le volume du ventre varie suivant l'abondance de l'épanchement qui augmente et diminue d'un jour à l'autre, jusqu'au moment où, par une évolution naturelle, l'ascite disparaît complètement sans laisser de traces et la guérison est absolue ; à moins que l'on ne voie survenir une des deux formes qu'il nous reste à étudier, la forme ulcéro-caséuse ou la forme fibro-adhésive.

2° FORME ULCÉRO-CASÉUSE. — Elle est le plus souvent la terminaison de la forme ascitique ; dans tous les cas, le début en est lent et insidieux, par des troubles digestifs vagues, des phénomènes intestinaux, de l'amaigrissement, de l'augmentation de volume du ventre, de la perte des forces et des accidents douloureux variables. Quand elle succède à la forme avec épanchement, on voit l'ascite diminuer et tendre à s'enkyster graduellement ; le liquide perd sa mobilité et la limite de la matité en haut devient irrégulière.

La peau du ventre est lisse, tendue, pityriasique ou œdématisée, sillonnée de veines dilatées, surtout dans la région sous-ombilicale, et nous avons vu plus haut que cette vascularisation anormale n'était pas limitée au plan superficiel de la paroi abdominale, mais s'étendait aux plans profonds.

La percussion est particulièrement instructive : les zones de matité et de sonorité sont irrégulièrement distribuées ; elles sont séparées

par des lignes sinueuses dont le tracé change d'un jour à l'autre. Ces variations dans l'examen physique sont dues à ce que la quantité de liquide épanché est sujette à des changements assez rapides et inexplicables, comme cela arrive d'ailleurs dans la pleurésie tuberculeuse. A cette période, la position donnée au malade n'influe pas sur le siège des zones de matité. Le liquide reste enkysté par des fausses membranes. Parfois, au cours d'une exploration, on perçoit un bruit hydro-aérique.

A la palpation, le ventre se montre inégal, résistant et empâté par places ; la paroi est de consistance irrégulière, comme blindée de plaques dures, bosselées, qui siègent surtout autour de l'ombilic et dans les hypocondres. Ces gâteaux sont constitués par des anses intestinales doublées de fausses membranes et agglutinées, limitant des collections purulentes, qui viennent adhérer à la paroi abdominale. Il faut se rappeler que ces *gâteaux péritonéaux* constituent un des signes capitaux de la tuberculose abdominale. Malheureusement, ils peuvent induire en erreur et faire croire à l'existence d'un kyste multiloculaire de l'ovaire, d'une tumeur solide accompagnée d'ascite, d'un rein flottant, etc... On peut dire à cet égard que toutes les erreurs possibles ont été commises.

Lorsque l'épiploon est épaissi et rétracté, il s'étend transversalement comme une bande indurée d'un hypocondre à l'autre, constituant ce que Velpeau et Aran appelaient la *corde épiploïque*.

Enfin la palpation permet parfois de percevoir de petits froissements superficiels, des frottements péritonéaux, de la crépitation amidonnée ou neigeuse ; et par l'auscultation on entend ces frottements accompagnés de gargouillements que Noël Guéneau de Mussy appelait « *le cri intestinal* ».

Les symptômes fonctionnels sont variables ; ils consistent surtout en troubles gastro-intestinaux, et en particulier en alternatives de diarrhée et de constipation. Ce symptôme a une véritable importance diagnostique, car il n'est pas de « maladie à gros ventre » dans laquelle on le rencontre aussi fréquemment ; notons avec soin que la diarrhée est ici surtout caractérisée par la nature liquide des déjections plutôt que par le nombre des selles. On peut aussi observer des nausées et des vomissements sans rapport chronologique avec l'alimentation.

Le malade accuse d'autre part des douleurs sourdes, profondes, diffuses, mal localisées, quelquefois aiguës, à type de coliques, mais qui peuvent manquer, ou n'être qu'intermittentes. Chez la femme, ces douleurs s'exaspèrent au moment des règles et irradient dans les territoires des nerfs iléo-lombaires et sciatiques. La palpation ne provoque pas en général de trop vives douleurs ; le ventre se défend peu ; aussi, pour trouver la douleur, faut-il savoir la chercher ; Noël Guéneau de Mussy insistait sur le procédé qui consiste à peser lente-

ment sur l'abdomen avec la main posée à plat et à se retirer brusquement : le malade éprouve une douleur subite au moment où l'abdomen est ébranlé par le retrait de la main et le retour de la masse intestinale à sa position première.

Les troubles génitaux sont fréquents chez la femme. La leucorrhée, la dysménorrhée, les signes de salpingo-ovarite avec douleurs hypogastriques, pesanteurs lombaires, irradiations lancinantes dans les lombes et la racine des cuisses, empatement des culs-de-sac utérins, immobilisation de l'utérus : tels sont les signes le plus habituellement observés.

Chez l'homme, il peut y avoir concurremment de la tuberculose de la prostate, des épидидymes, des vésicules séminales.

Il est enfin un signe dont la valeur sémiologique a été fort discutée ; c'est l'*indicanurie*. Kahane pense que l'augmentation de la quantité d'indican dans l'urine doit faire pencher le diagnostic du côté de la tuberculose.

C'est aussi l'opinion de Marfan. Disons toutefois que des recherches plus récentes de Fahm (1) et de Dupont (2) ont paru infirmer cette proposition, car l'hyperindicanurie manque chez nombre de tuberculeux et on l'a rencontrée chez des névropathes exempts de lésions bacillaires.

L'état général est toujours assez profondément atteint ; la fièvre est constante avec des exacerbations vespérales, ce qui forme une courbe thermique très irrégulière, avec des oscillations parfois très grandes ; les accès s'accompagnent de sueurs abondantes ; l'amaigrissement et la cachexie font des progrès rapides.

La maladie procède par poussées, par accès, avec des alternatives de rémissions et d'aggravations, pour aboutir graduellement à une cachexie définitive avec amaigrissement, pâleur extrême, œdème malléolaire, voire même phlegmatia alba dolens, fièvre hectique, placards pigmentés sur le corps et particulièrement sur les mains avec masque brun spécial du visage (peut-être lié à une altération des capsules surrénales).

La terminaison par la mort arrive presque fatalement après six, huit et même dix-huit mois ; mais on peut assister à des rémissions fort longues qui égarent le pronostic et font croire à une marche à la guérison par la transformation fibreuse des tubercules, marche que l'on observe dans des cas exceptionnels.

Comme on le voit, cette forme, de même que la précédente, peut aboutir à la forme fibro-adhésive.

3° FORME FIBRO-ADHÉSIVE. — Il existe des formes fibreuses d'emblée, à début subaigu, insidieux, s'accompagnant d'une fièvre à peine

(1) FAHM, Sur la valeur sémiologique de l'indicanurie dans la tuberculose (Anal. in *Rev. de thérap.*, avril 1894).

(2) DUPONT, thèse de Paris, 1894.

appréciable. Dans ces cas-là, l'ascite est éphémère et tous les symptômes sont atténués.

Plus souvent, ce processus fibreux succède à une des formes précédentes.

Dans tous les cas, après la disparition de l'ascite, le ventre prend la forme dite *en bateau* ; il est rétracté vers le rachis et nous en avons vu plus haut la raison.

La masse intestinale se présente à la palpation comme une sorte de gâteau aplati au-devant de la colonne vertébrale ; la paroi abdominale est doublée et comme blindée de placards durs et irréguliers, sans parler de l'épiploon épaissi qui forme une corde ou plutôt une bande fibreuse tendue entre les hypocondres.

C'est surtout dans cette forme qu'on perçoit les cris intestinaux, la crépitation amidonnée ou neigeuse, les frottements péritonéaux, et qu'il n'est pas rare de voir les anses intestinales se dessiner sous une paroi amincie par places et dont la peau est sèche, grisâtre, pityriasique.

L'état général est longtemps intact, mais le processus fibreux est un danger pour l'intestin dont le fonctionnement est entravé et qui peut même se couder et s'étrangler sous une bride ; pour le foie et la rate, qui peuvent être comprimés et dont l'atrophie détermine des troubles digestifs et une dénutrition intense ; pour les reins et les uretères, dont les fonctions sont compromises ; pour la veine porte et la veine cave, dont la compression peut donner lieu à de l'ascite et à de l'œdème des membres inférieurs.

La *marche* de la maladie n'est pas toujours la même : si, parfois, on voit survenir une guérison définitive par sclérose de la tuberculose péritonéale, on peut observer aussi le retour à la forme séreuse décrite précédemment et, d'autre part, la mort peut survenir, soit du fait d'une de ces occlusions intestinales dont nous allons étudier la genèse, soit par suite des troubles apportés au fonctionnement des organes par les néoformations fibreuses, comme nous venons de l'indiquer.

C. Tuberculoses localisées. — On peut les grouper en quatre classes qui répondent à la généralité des cas : 1° la *tuberculose du péritoine pelvien* ; 2° la *tuberculose péricœcale et périappendiculaire* ; 3° la *tuberculose herniaire* ; 4° la *tuberculose périhépatique*.

1° La TUBERCULOSE DU PÉRITOINE PELVIEN peut être primitive, mais elle est le plus souvent secondaire à la tuberculose génitale ; on la rencontrera donc surtout chez les femmes, en raison de la disposition anatomique des trompes et du péritoine ; elle débute par des troubles menstruels, par des métrorragies et plus souvent encore par de l'aménorrhée ou de la leucorrhée, dans laquelle on a même trouvé le bacille de Koch. C'est, comme on le voit, une tuberculose génitale ascendante qui va infecter le péritoine périoarien. Cette infection

se manifeste par des douleurs hypogastriques exaspérées au moment des règles, par des tiraillements lombaires, « des maux de reins », des névralgies iléo-lombaires avec irradiation vers les membres inférieurs.

Le ventre est ballonné, douloureux, tendu; la vigilance musculaire très développée rend la palpation difficile; par le toucher vaginal, on arrive sur des culs-de-sac empâtés, parfois même fluctuants, autour d'un utérus le plus souvent dévié.

Des collections séro-purulentes peuvent un moment ou l'autre s'ouvrir dans le vagin, le rectum ou la vessie, ce qui constitue des complications fâcheuses.

On conçoit que cette tuberculose, primitivement localisée au péritoine pelvien, peut s'étendre secondairement à toute la séreuse.

Cette extension se fait par poussées successives; et Aran avait déjà remarqué, sans l'expliquer, qu'il existe un balancement remarquable entre les manifestations péritonéales et pulmonaires, quand ces dernières existent; en d'autres termes, que l'aggravation des symptômes pulmonaires coïncide toujours avec une rémission des signes péritonéaux, et réciproquement.

L'affection, qu'elle soit aiguë ou chronique, à début aigu ou chronique d'emblée, a peu de tendance à la guérison; et, en somme, en dehors de cette chronicité, c'est moins dans les signes physiques ou fonctionnels qu'on trouvera les éléments du diagnostic que dans l'absence des causes ordinaires des salpingo-ovarites communes (couches, fausses couches, blennorrhagie).

A ce titre, on peut dire que la tuberculose pelvienne est la tuberculose des jeunes vierges.

Faut-il ajouter que l'étude des antécédents et l'examen attentif de l'état général et des manifestations tuberculeuses sur les autres organes ne doivent pas être négligés.

2° La TUBERCULOSE PÉRICÆCALE ET PÉRIAPPENDICULAIRE ne saurait être étudiée ici, et je renvoie à l'article *Appendicite*, où l'on verra les observations de Richelot qui, le premier, a bien appelé l'attention sur ce sujet, de Reclus, etc. C'est elle qui donne naissance à ces masses fongueuses péricæcales qu'on prend pour des tumeurs de mauvaise nature; j'y reviendrai (Voy. p. 513).

3° TUBERCULOSE HERNIAIRE. — Dans les vingt-deux cas de tuberculose herniaire que nous avons pu rassembler dans les publications, le diagnostic n'a été fait que deux fois en clinique; c'est donc en général une trouvaille opératoire.

On se rappellera que cette tuberculose locale, rare chez la femme, se rencontre surtout chez l'homme dans les hernies inguinales.

Dans les deux cas où le diagnostic a été fait avant l'opération, on s'est basé sur l'état du sac qu'on sentait épaissi, rugueux, inégal, rempli de liquide; mais ce sont là des caractères qu'on observe souvent dans les vieilles hernies épiploïques adhérentes et ce qui,

dans ces deux cas, a surtout attiré l'attention, c'est l'existence d'une tuberculose concomitante du péritoine.

4° La TUBERCULOSE PÉRINHÉPATIQUE est le plus souvent consécutive à une tuberculose du foie; il existe une seule observation de Causade de tuberculose périhépatique sans lésion du foie.

Voyons maintenant comment évoluent ces lésions et par quel processus elles peuvent amener les complications le plus habituellement observées.

Complications. — On assiste parfois à la formation de collections suppurées enkystées qui viennent faire saillie en un point de la paroi abdominale et qu'une intervention chirurgicale précoce peut guérir rapidement.

C'est là une complication presque favorable, pourrait-on dire.

Dans d'autres cas, le contenu de l'intestin ulcéré se répand dans la cavité péritonéale où des adhérences préformées ont constitué une sorte de poche, dans laquelle il est comme enkysté; il en résulte bientôt un phlegmon pyostercoral, de siège variable, mais le plus souvent périombilical; c'est le phlegmon périombilical de Vallin et Hilton Fagge.

On voit se développer une tumeur assez volumineuse, rouge, fluctuante, indolente, qui s'amincit, ulcère la peau et déverse au dehors un liquide fétide constitué par un mélange de pus et de matières fécales. Cet accident peut amener la mort en peu de temps par septicémie.

Si, comme nous l'avons vu anatomiquement, deux anses intestinales voisines viennent à communiquer entre elles, par suite de l'ouverture d'une poche purulente intermédiaire, on observe cliniquement de la lienterie; on a surtout cité l'abouchement du duodénum et du côlon, comme pouvant donner lieu à cet accident.

À côté de ces complications, qui s'observent surtout dans la tuberculose péritonéale ulcéro-caséuse, on peut rencontrer des phénomènes de compression qui appartiennent plutôt à la forme fibro-adhésive.

L'occlusion intestinale est l'accident le plus redoutable. Le mécanisme par lequel elle se produit a été minutieusement étudié par Lejars (1), qui a montré qu'on pouvait l'observer dans quatre circonstances principales:

1° Lorsqu'une bride provenant de la rétraction d'une adhérence fibreuse, comme on en rencontre dans la forme fibro-adhésive, vient étrangler l'intestin;

2° Lorsqu'il se produit une coudure intestinale sur un plan fibreux;

3° Lorsque l'agglutination des anses intestinales entraîne, comme on l'observe surtout dans la forme ulcéreuse, une véritable occlusion;

(1) LEJARS, L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse (*Gaz. des hôp.*, 1891, p. 1305).

4° Lorsque la circulation des matières est interrompue par la paralysie intestinale, sans qu'il y ait aucune coudure, aucun obstacle matériel; dans ce cas, les anses intestinales sont distendues en vertu de cette loi de pathologie générale qui veut *qu'un muscle sous-jacent à une séreuse enflammée soit paralysé*.

J'ajouterai un mode d'occlusion qui ne peut entrer dans aucune de ces quatre catégories. Le 5 novembre 1897, je suis appelé d'urgence dans le service de Peyrot et je laparotomise aussitôt un garçon de vingt-trois ans qui, traité depuis un mois pour « des coliques de plomb », avait depuis quatre jours une occlusion intestinale absolue avec arrêt des gaz et des matières, vomissements fécaloïdes, etc. Le ventre ouvert, je trouve l'épiploon transformé en un véritable treillis, en un grillage dans les mailles duquel dix ou quinze hernies intestinales se font jour. Une de ces anses me paraissant noirâtre, étranglée et irréductible, je sectionne les brides caséuses limitant la maille qui l'enserme et je referme l'abdomen. Le cours des matières s'est très bien rétabli les jours suivants, mais il est probable que bientôt surviendra un nouvel accident de même ordre en raison de ces nombreux orifices à bords rigides dont l'épiploon est comme criblé.

Au point de vue clinique, l'occlusion peut être aiguë ou chronique, c'est-à-dire brusque ou progressive; dans le premier cas, rien ne la distingue de celle qu'on trouve en dehors de la péritonite tuberculeuse dont elle semble parfois être la première manifestation symptomatique.

C'est surtout dans les étranglements par bride, par coudure et par paralysie intestinale qu'on constate cette marche aiguë et dramatique.

Quand, au contraire, l'occlusion arrive progressivement par suite de la difficulté de la circulation des matières dans des anses intestinales agglutinées en paquet, on assiste à des crises de constipation avec ballonnement du ventre et même vomissements fécaloïdes, suivies de débâcles diarrhéiques; ce sont ces crises qui se répètent de plus en plus et mènent à une occlusion complète.

Ces règles, qui ont été surtout établies par Aldibert (1), n'ont rien d'absolu et comportent de nombreuses exceptions, comme le prouvent des observations de Keetley, de Carré, de Duponchel (2).

La compression par brides fibreuses peut encore être la cause de complications diverses: telles que l'œdème des membres inférieurs, les *névralgies sciatiques ou crurales*, extrêmement rebelles, dues à l'étranglement des veines et des plexus nerveux; l'ictère par oblitération mécanique des canaux biliaires; la *dysurie*, par sclérose péri-

(1) ALDIBERT, Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, thèse de Paris, 1892. (Anal. in *Gaz. hebdom.*, n° 19, p. 218).

(2) DUPONCHEL, Péritonite tuberculeuse localisée d'origine traumatique, occlusion intestinale, troubles respiratoires, etc. (*Gaz. hebdom.*, 1889, n° 6, p. 93).

vésicale; la *dysménorrhée*, par déviation de l'utérus; l'*atrophie du foie et de la rate* et même une profonde *dénutrition*, due à un véritable raccourcissement de l'intestin qui restreint dans une mesure appréciable le champ de l'absorption.

La tuberculose, d'abord localisée au péritoine, peut enfin s'étendre à d'autres organes; nous avons vu que la plèvre, assez souvent atteinte, peut être le siège d'un épanchement abondant, qui, parfois, arrête la main du chirurgien et contre-indique la laparotomie.

Ajoutons que les lésions pulmonaires concomitantes ne sont pas rares et que la méningite est aussi une complication toujours à redouter.

Diagnostic. — Les développements que nous avons donnés à la symptomatologie nous permettent d'être bref pour le diagnostic.

Avant la précieuse ressource du séro-diagnostic, la confusion des formes subaiguës avec la fièvre typhoïde était très fréquente et, le plus souvent, on n'arrivait à éliminer le diagnostic de dothiéntérie qu'en voyant se prolonger indéfiniment les accidents pathologiques.

On a eu souvent aussi de la peine à différencier la tuberculose péritonéale aiguë des autres infections de la séreuse; ce n'est que l'étude des causes les plus habituelles des infections péritonéales, telles que l'appendicite, les salpingo-ovarites, etc., qui devra mener au diagnostic. On pourra se baser aussi sur l'évolution, qui est plus rapide dans les infections non tuberculeuses, et enfin sur l'absence dans ces infections de tout phénomène du côté des plèvres et des poumons.

C'est surtout pour les formes chroniques que le diagnostic est difficile; c'est à leur occasion que Peter déclarait que « *le ventre attend encore son Laënnec* ».

Toutes les erreurs peuvent être commises; toutes l'ont été et le seront probablement encore.

Que de fois n'a-t-on pas ressassé les caractères différentiels entre la tuberculose du péritoine et les kystes de l'ovaire; c'est l'absence de fièvre dans le kyste de l'ovaire, le siège de la matité, la netteté de la fluctuation, l'examen des liquides retirés par la ponction, etc., et cependant Spencer Wells, dans le cas célèbre qui a été le point de départ de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du péritoine, avait fait une laparotomie destinée à l'ablation d'un kyste de l'ovaire; c'est en voyant les résultats inattendus de son intervention sur la marche de cette tuberculose méconnue cliniquement, que l'attention fut attirée sur le nouveau mode de traitement. Il est clair que, dans les cas typiques, l'hésitation n'est pas possible, mais il faut bien savoir que, dans certaines circonstances, tout est réuni pour tromper le clinicien le plus avisé; j'ai vu opérer par Tillaux une jeune femme chez qui le diagnostic de kyste de l'ovaire était d'une netteté clinique parfaite: la collection liquide occupait tout le petit bassin et remontait à l'ombilic, entourée de la masse intestinale agglutinée,