

## DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE (1)

*Sommaire.* — Symptômes. — Troubles digestifs. — Douleurs abdominales. — Fièvre, etc. — Signes physiques. — Formes cliniques de la péritonite tuberculeuse. — Signes fournis par la palpation abdominale (empatement, gargouillements, crépitations et craquements, etc.). — *Idem*, par la percussion (tympanite). — Dilatation vasculaire et œdème de la paroi abdominale. — Terminaisons. — Durée. — Lésions anatomiques. — Lésions du péritoine, des intestins, des ganglions mésentériques, du foie, de la rate, etc. — Pathogénie de la péritonite tuberculeuse. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

MESSIEURS,

La péritonite cancéreuse est, avons-nous dit, une des formes de la péritonite chronique; mais elle n'en est pas, à beaucoup près, la forme la plus commune; le tubercule se rencontre le plus souvent derrière l'inflammation chronique du péritoine et s'offre tout d'abord à la pensée du médecin quand il cherche la cause de cette affection. Au milieu du nombre toujours croissant de phthisiques qui envahissent nos salles nous en avons plusieurs qui présentent les signes de la tuberculose abdominale.

Avant de vous faire l'histoire de ces malades je vous présenterai quelques considérations générales sur la péritonite tuberculeuse. Cet épisode important de la phymatose n'a été étudié avec soin que dans ces dernières années; les phthisiographes du commencement de ce siècle l'avaient un peu laissé de côté, dans la préoccupation du rôle dominant des lésions pulmonaires et de la merveilleuse découverte de Laennec, qui permettait d'en suivre l'évolution dans ses détails les plus délicats.

Je ne vous parlerai pas de ces péritonites rudimentaires qui aboutissent à la formation de quelques néomembranes organisées ou organisables, en même temps qu'on aperçoit sur le péritoine quelques

(1) Leçon inédite faite à l'Hôtel-Dieu en 1869.

granulations disséminées, peu nombreuses, parfois entourées d'un cercle vasculaire ou pigmentaire. Leur développement passe souvent aussi inaperçu que celui des néomembranes pleurales ou péricardiques dans les mêmes conditions. Leur symptomatologie s'efface en général au milieu de troubles fonctionnels plus graves et plus accusés; on les soupçonne le plus souvent sans pouvoir en affirmer l'existence.

A un degré plus accentué la péritonite est presque toujours précédée de phénomènes morbides qui accompagnent l'éclosion de la tuberculose et ses localisations dans d'autres organes. Le plus souvent les poumons, qui en sont le siège de prédilection, ont dénoncé leur envahissement. Ce n'est pas cependant, comme l'a dit Louis, que cette complication pulmonaire soit nécessaire et constante. La phymatose peut exceptionnellement étendre son action sur d'autres viscères sans attaquer le poumon; et d'autres fois la part que celui-ci prend au travail morbide est si limitée qu'elle demeure sans importance et peut échapper à l'observation.

L'évolution des maladies graves est, comme nous l'avons déjà dit, ordinairement accompagnée d'un ébranlement général qui se manifeste surtout par des altérations de l'innervation et de la nutrition. L'organisme exprime en quelque sorte par ces anomalies fonctionnelles, qu'il a conçu un germe hostile dont le développement peut lui être funeste. Outre ces symptômes communs, la péritonite tuberculeuse est le plus souvent précédée de troubles digestifs, c'est qu'en effet, la phymatose envahit presque toujours les organes abdominaux avant d'atteindre la séreuse qui les revêt. La tuberculisation suit la même marche dans les organes thoraciques: elle peut se limiter aux ganglions bronchiques; plus rarement on l'a vue se développer dans la plèvre avant de pénétrer dans le parenchyme pulmonaire; mais dans l'immense majorité des cas le processus morbide suit un ordre inverse. Sans nier la possibilité de péritonites tuberculeuses primitives, dans toutes nos observations les intestins ou les ganglions mésentériques présentaient des lésions tuberculeuses qui, d'après leurs caractères objectifs et la marche des phénomènes morbides, paraissaient avoir précédé l'envahissement du péritoine.

Cet envahissement est précédé pendant quelque temps de malaise et de troubles des fonctions digestives: l'appétit est languissant, ou il fait complètement défaut; d'autres fois il est capricieux; les malades ont du dégoût pour la viande, quelquefois de la soif; dans beaucoup de cas survient une diarrhée, intermittente d'abord puis continue. Les déjec-



tions peuvent être glaireuses ou même sanguinolentes par une sorte d'hémoptysie intestinale.

La langue est parfois un peu sèche, plus souvent humide; après l'ingestion des aliments les malades éprouvent de la pesanteur et du gonflement de la région épigastrique; d'autres fois ils accusent des tiraillements d'estomac plus prononcés quand ils sont à jeun.

En même temps ils se plaignent de douleurs qui souvent se font sentir dans le même point alors même qu'elles ne sont pas constantes. D'autres sont erratiques, provoquées quelquefois par le travail de la digestion; elles sont accompagnées de borborygmes. Ordinairement le ventre est météorisé et sensible à une pression profonde; un reflux de la région caecale peut y développer des gargouillements. En même temps le facies s'altère habituellement; le teint prend une couleur anémique, souvent nuancée, d'une coloration jaune verdâtre, plus accentuée au niveau des sillons naso-labiaux et qu'on retrouve parfois sur les conjonctives. Dans beaucoup de cas, un dépôt pigmentaire s'étale par plaques ou forme une teinte continue sur le fond que nous venons de décrire; la face devient terreuse, *squalida*, phénomène que les anciens avaient déjà noté parmi les signes des complications abdominales de la phthisie.

Si le malade n'a pas de sueurs hectiques provoquées par des lésions pulmonaires, la peau peut rester sèche; j'ai observé dans ce cas des sueurs limitées à l'abdomen ou aux membres inférieurs.

Le pouls est en général accéléré, avec des paroxysmes fébriles le soir ou pendant la digestion. Le malade maigrit et ses forces déclinent.

C'est au milieu de ces phénomènes morbides, symptômes de l'entérite tuberculeuse, que la péritonite débute le plus souvent. Elle peut évoluer sourdement, lentement. En général elle est accusée par des douleurs abdominales plus constantes, plus vives, plus diffuses, mais qui ont ordinairement des foyers d'irradiation et de concentration; elles se font sentir le plus souvent sur le trajet du colon et dans les régions iliaques. En même temps la pression révèle une sensibilité anormale, non plus seulement cette sensibilité profonde qui accompagnait l'entérite, mais une sensibilité *superficielle* que le moindre choc éveille, soit qu'on refoule doucement la paroi abdominale en arrière, soit qu'après l'avoir comprimée on retire brusquement la main, ce qui amène une contraction des muscles de cette paroi et un retentissement douloureux sur la séreuse sous-jacente. Quelquefois les téguments eux-mêmes sont hyperesthésiés.

Le volume du ventre augmente souvent en même temps que l'amai-

grissement des autres parties s'accroît davantage. La locomotion est plus difficile.

L'inappétence est plus prononcée; quelquefois cependant l'appétit se conserve pendant les premiers temps de la maladie. On observe quelquefois des nausées et des vomissements; rarement ils sont alimentaires. La diarrhée persiste ou quelquefois alterne avec de la constipation; la miction est souvent rare, quelquefois difficile; d'autres fois le malade éprouve de fréquentes envies d'uriner. Si jusque-là il n'y avait pas de fièvre, il est très-rare qu'elle ne se développe pas à cette époque avec des exacerbations qui revêtent parfois un type régulier.

Dans son estimable thèse sur la péritonite chronique, M. Hemy signale parmi les symptômes du début, une céphalalgie opiniâtre, en général caractérisée par une douleur sourde, plus rarement lancinante, dans quelques cas compliquée d'amblyopie, de dilatation de la pupille, de tintements d'oreille. Dans la plupart de mes observations j'ai noté l'absence de douleurs de tête, et je suis porté à croire qu'elles se montrent plutôt dans les formes aiguës que dans les formes chroniques de la péritonite tuberculeuse.

Dans d'autres cas le début de la péritonite se dessine plus nettement: le malade éprouve tout à coup une douleur très-vive dans un point déterminé de l'abdomen. Il attribue ordinairement cette douleur aux circonstances au milieu desquelles elle s'est développée, et qui n'ont le plus souvent avec elle qu'un rapport de coïncidence. Cette douleur se généralise, mais demeure habituellement plus intense vers son point d'origine.

La fièvre, l'inappétence, les nausées, les vomissements que nous avons quelquefois rencontrés comme symptôme de la forme précédente, sont plus prononcés et plus fréquemment observés dans celle-ci. Mais, en général, ces symptômes d'acuité sont passagers; après quelques jours, quelques semaines, la maladie rentre dans l'évolution des phénomènes hectiques que nous avons décrits plus haut. Cependant j'ai vu les vomissements ne survenir que dans la dernière période; ils étaient verts, porracés, fétides et ont persisté jusqu'à la fin.

Cette marche chronique, les antécédents, les complications thoraciques, peuvent déjà éclairer le diagnostic; mais c'est l'état local qui en fournit les principaux éléments.

Le ventre est presque toujours tuméfié; cette tuméfaction peut être exclusivement causée par la distension gazeuse des intestins. Quelquefois elle est surtout due à la présence d'une collection liquide dans le péritoine. Souvent ces deux conditions morbides se trouvent réunies:



il y a à la fois collection liquide et tympanite. Mais l'une et l'autre offrent des caractères spéciaux qui les distinguent des autres tympanites et des autres épanchements péritonéaux. Il n'est pas rare de constater un léger œdème de la paroi abdominale, qui donne aux téguments blafards un aspect lisse et comme vernissé; la pression du doigt y produit de longs plis capillaires qui rayonnent en divergeant du point comprimé, le stéthoscope y laisse une empreinte en rigole circulaire. Si l'œdème est très-considérable et s'étend aux membres inférieurs, il peut dépendre de la compression directe de la veine cave par des masses tuberculeuses. A un moindre degré, il peut exprimer l'état cachectique; il se rattache quelquefois à des complications rénales.

Au *palper*, le ventre donne, en général, une sensation d'empâtement: c'est une élasticité incomplète et résistante, comme si l'on enfonçait les mains dans une pâte consistante. Chomel insistait beaucoup sur ce caractère, qu'il avait appris de Bayle, disait-il.

En même temps que l'on constate cet empâtement, qui peut être général ou partiel, la main sent des résistances irrégulières, des rénitences circonscrites, quelquefois des tumeurs constituées par l'agglomération des viscères abdominaux, par les néoplasies inflammatoires et par les productions morbides accumulées dans leurs intervalles.

Une sensation plus constante, plus générale, est celle de l'immobilité des intestins: on sent qu'ils sont arrêtés, inertes, comme enchaînés dans le lieu qu'ils occupent. On dirait le ventre d'un cadavre.

Très-souvent dans cette exploration on développe de *petits gargouillements*, des frémissements superficiels intestinaux qui ont le plus souvent leur siège autour de la région ombilicale. Si ces gargouillements n'appartiennent pas exclusivement à cette affection, du moins ils s'y rencontrent plus fréquemment que dans toute autre.

Quelquefois encore, on perçoit des crépitations dues aux frottements des feuilletés péritoneaux, tapissés de fausses membranes et de granulations. Cette crépitation est quelquefois provoquée par les mouvements respiratoires et leur est isochrone. D'autres fois, ce sont des craquements plus fins, une sorte de frémissement vibratoire, comme si l'on pressait entre ses doigts de la neige ou de l'amidon.

La pression éveille très-souvent, avons-nous dit, une sensibilité anormale, surtout dans certains points qui sont les foyers habituels des douleurs spontanées. Il y a cependant des cas où le ventre reste complètement indolent. Le docteur Grisolle citait dans ses cours l'observation d'un malade qui était resté longtemps dans ses salles de l'Hôtel-Dieu

avec un développement anormal du ventre, mais sans y éprouver aucune douleur, et qui, pour témoigner de ce fait, s'administrerait de grands coups de poing dans l'abdomen. La sensibilité diminue parfois après les évacuations (1).

(1) A..., âgé de trente-sept ans, marchand de cartons, après avoir été longtemps broyeur de couleurs, d'une constitution moyenne. Malgré les excès alcooliques auxquels il est adonné, il avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a dix-huit mois, il eut pendant quinze jours de la diarrhée avec des coliques; les matières étaient sanguinolentes et leur excrétion douloureuse; il n'avait pas, croit-il, d'hémorroïdes à cette époque; ces accidents ne l'empêchaient pas de continuer son travail.

Six mois après, il eut une pleurésie du côté gauche, pour laquelle il fit un séjour de six semaines à l'hôpital. On lui fit de nombreuses applications de vésicatoires, il sortit, dit-il, guéri, et il n'éprouvait aucun trouble appréciable dans sa santé, lorsque, il y a six semaines, au mois de janvier 1838, il perdit l'appétit; de la diarrhée survint, accompagnée de douleurs dans le ventre et dans le fondement; ses évacuations étaient bilieuses et renfermaient parfois des matières opaques qu'il compare à des morceaux de blanc d'œuf cuit. Les urines étaient rougeâtres; pendant quinze jours il avait chaque soir un frisson intense; il dormait peu, son sommeil était troublé par des rêves pénibles, et il se réveillait baigné de sueur.

Il toussait, et pendant quelques jours il éprouva des douleurs sourdes dans le côté droit; il n'avait pas de céphalalgie.

Depuis le début de ces accidents, quand il était couché, il sentait une boule qui gênait la respiration et se déplaçait dans les mouvements, en se portant du côté vers lequel il était incliné; elle semblait diminuer et descendre vers le bas-ventre dans la station verticale.

Après quinze jours de souffrances, le malade entra à la Pitié; il avait complètement perdu l'appétit, avait considérablement maigri et était très-faible; on constata à la base du côté droit une matité s'étendant en avant du bord supérieur de la cinquième côte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal, matité qu'on limita avec du nitrate d'argent et qu'on attribua à un engorgement du foie; on le saigna et on lui fit boire de l'eau de Vichy. Après treize jours de ce traitement, le malade demanda sa sortie et entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Gueneau de Mussy, mon oncle, le 17 février 1838. Son ventre a acquis un volume considérable sans être douloureux; il a éprouvé seulement, à mesure que le gonflement augmentait, une gêne de plus en plus grande dans la respiration; la fluctuation est très-manifeste; la matité dans le côté droit occupe l'hypochondre, le flanc, l'hypogastre, et s'avance transversalement jusqu'au niveau de l'ombilic, tandis qu'à gauche elle s'arrête à 12 centimètres de ce point; des veines volumineuses et saillantes se dessinent sur la paroi abdominale; en comprimant celle-ci, on constate une légère sensibilité dans la région épigastrique; en refoulant brusquement la couche liquide qui occupe la région hépatique on ne trouve aucune résistance qui témoigne d'une augmentation de volume du foie. Le malade n'a ni douleur d'épaule, ni céphalalgie; les dernières côtes sont écartées, et leur bord inférieur est rejeté en dehors. L'émaciation est considérable, le teint est jaunâtre, de nombreuses taches pigmentaires sont éparses sur la peau. Le malade ne peut se coucher que sur le dos et sur le côté droit. Il n'a plus de frissons, son pouls est



Si la cavité péritonéale renferme un épanchement liquide, la palpation et la pression feront constater une sorte de ballotement; et si avec l'extrémité des doigts on refoule brusquement la paroi abdominale au niveau

fréquent et petit, il dort à peine et a très-peu d'appétit; sa bouche est habituellement mauvaise, cependant il n'a pas de nausées et l'ingestion des aliments ne provoque aucune souffrance; mais il a une diarrhée constante et huit ou dix selles liquides par jour. Depuis quelques jours, des tumeurs hémorrhoidales se sont développées au fondement, et les évacuations sont douloureuses et mêlées de sang. Il a une toux fréquente, et expectore avec difficulté des mucosités visqueuses.

Les urines sont troubles et laissent un dépôt abondant qui paraît surtout formé de phosphate amoniac-magnésien. Très-peu de temps après leur sortie de la vessie, elles deviennent ammoniacales, l'acide azotique y détermine une effervescence considérable sans précipité.

On lui prescrivit des diurétiques, du décocté de chiendent avec du nitrate de potasse; des frictions sur le ventre avec de la teinture de scille et de digitale; le volume du ventre diminua, mais la faiblesse augmenta de plus en plus; le pouls était toujours très-fréquent et très-petit, le ventre resta indolent et à peu près insensible à la pression.

Sans aucun nouveau accidents, sans aggravation notable de ceux qu'il éprouvait à son entrée à l'Hôtel-Dieu, il s'affaiblit graduellement et s'éteignit le 20 mars 1838.

*Autopsie.* — L'abdomen renferme plusieurs litres de sérosité limpide au milieu de laquelle flottent de nombreuses fausses membranes molles et friables; le péritoine présente une coloration d'un rouge vif, due à l'injection de la couche vasculaire sous-jacente; les anses intestinales sont réunies en paquet au devant de la colonne vertébrale, leurs bords contigus sont réunis par des adhérences résistantes et solides.

Le grand épiploon est transformé en une lame solide, épaisse de 2 à 3 centimètres à sa base et se terminant inférieurement par une extrémité amincie. Le côlon rétréci est caché au milieu de cette masse que forment d'innombrables granulations tuberculeuses, développées au milieu d'un tissu conjonctif infiltré de sérosité.

L'intestin offre un aspect granuleux dû à la présence de myriades de petites granulations blanches opalines dont la couleur tranche sur le fond grisâtre qui les entoure. Elles ne font pas de relief notable, et paraissent développées dans le tissu sous-séreux. Celui-ci est infiltré d'une matière plasmatique, et est parcouru par des vaisseaux gorgés de sang.

La membrane musculieuse paraît épaissie, le tissu cellulaire qui l'unit à la fibreuse est infiltré de sérosité, et tellement friable qu'on peut détacher et entraîner au dehors avec facilité le cylindre formé par les deux tuniques internes.

La muqueuse examinée du côté de sa surface libre est pâle, le tissu conjonctif qui la double est infiltré de sérosité, surtout entre les deux lames des valvules conniventes; plusieurs ulcérations à fond induré existent dans le voisinage de la valvule iléo-cæcale.

Le foie est recouvert dans une partie de son étendue par une couche épaisse de fausses membranes, son tissu est pâle et exsangue.

*Poitrine.* — Le poumon droit adhère aux côtes et au médiastin dans toute son

d'un organe résistant, comme le foie, par exemple, on a la double sensation d'un liquide qui fuit sous la pression et d'une surface impénétrable qui arrête l'impulsion.

Si le liquide est en quantité notable, on pourra percevoir de la fluctuation; mais elle sera en général moins nette, moins franche, moins étendue que dans l'ascite proprement dite. Au lieu d'être perçue d'un côté de l'abdomen à l'autre, elle pourra n'être appréciable que dans un espace limité ou dans plusieurs points indépendants les uns des autres. La cavité abdominale est alors cloisonnée en plusieurs loges distinctes.

Comme nous l'avons déjà dit à propos de la péritonite cancéreuse, la percussion indiquera une délimitation de la matité et de la sonorité moins régulière que dans l'ascite. Au lieu d'occuper dans le décubitus dorsal une zone à peu près régulière, ayant pour centre l'ombilic, encadrée dans une matité dont la limite suit une courbe ovalaire, la partie sonore a des contours irréguliers. La matité pourra s'avancer d'un côté plus près de la ligne médiane et de l'autre reculer vers le flanc opposé; elle peut occuper la plus grande partie de la périphérie abdominale,

étendue, excepté au niveau de la région hypochondriaque et dans l'étendue correspondant à cette matité de la partie antéro-inférieure du thorax qui avait été attribuée au foie, et qui en représentait si exactement la forme. Cet organe avait été refoulé en bas, et faisait saillie au-dessus des côtes, tandis que l'espace resté libre dans la plèvre était occupé par un épanchement séro-purulent.

Le sommet du poumon droit contient des tubercules dont quelques-uns sont ramollis, tandis que d'autres sont transformés en matière crétacée; les bronches de ce poumon sont notablement dilatées, quelques tubercules peu nombreux existent dans le poumon gauche.

Le cœur renferme du sang fluide, son tissu est pâle, le tissu connectif qui l'unit au péricarde est infiltré de sérosité.

Nous voyons dans cette observation la péritonite marcher sourdement, sans douleur; le ventre est même presque insensible à une forte pression; le retrait brusque de la main ne produit aucune sensation anormale; il y a anesthésie du péritoine; la péritonite prend d'emblée la forme ascitique, et c'est à l'épanchement amassé dans la cavité abdominale qu'il faut probablement attribuer cette sensation de boule qui se déplace dans les mouvements.

Il est possible que le début de la tuberculisation remontât aux premiers troubles de la santé, que cette diarrhée dysentérique et que cette pleurésie de l'année précédente en fussent les premières manifestations.

Nous ferons remarquer cette matité sous-mammaire liée à un épanchement qui occupait si exactement la région hépatique, et devint une cause d'erreur difficile à éviter. Cependant l'examen de la direction des dernières côtes eût probablement éclairé le diagnostic.



Si la cavité péritonéale renferme un épanchement liquide, la palpation et la pression feront constater une sorte de ballottement ; et si avec l'extrémité des doigts on refoule brusquement la paroi abdominale au niveau

fréquent et petit, il dort à peine et a très-peu d'appétit ; sa bouche est habituellement mauvaise, cependant il n'a pas de nausées et l'ingestion des aliments ne provoque aucune souffrance ; mais il a une diarrhée constante et huit ou dix selles liquides par jour. Depuis quelques jours, des tumeurs hémorrhoidales se sont développées au fondement, et les évacuations sont douloureuses et mêlées de sang. Il a une toux fréquente, et expectore avec difficulté des mucosités visqueuses.

Les urines sont troubles et laissent un dépôt abondant qui paraît surtout formé de phosphate amoniac-magnésien. Très-peu de temps après leur sortie de la vessie, elles deviennent ammoniacales, l'acide azotique y détermine une effervescence considérable sans précipité.

On lui prescrivit des diurétiques, du décocté de chiendent avec du nitrate de potasse ; des frictions sur le ventre avec de la teinture de scille et de digitale ; le volume du ventre diminua, mais la faiblesse augmenta de plus en plus ; le pouls était toujours très-fréquent et très-petit, le ventre resta indolent et à peu près insensible à la pression.

Sans aucun nouveau accidents, sans aggravation notable de ceux qu'il éprouvait à son entrée à l'Hôtel-Dieu, il s'affaiblit graduellement et s'éteignit le 20 mars 1838.

*Autopsie.* — L'abdomen renferme plusieurs litres de sérosité limpide au milieu de laquelle flottent de nombreuses fausses membranes molles et friables ; le péritoine présente une coloration d'un rouge vif, due à l'injection de la couche vasculaire sous-jacente ; les anses intestinales sont réunies en paquet au devant de la colonne vertébrale, leurs bords contigus sont réunis par des adhérences résistantes et solides.

Le grand épiploon est transformé en une lame solide, épaisse de 2 à 3 centimètres à sa base et se terminant inférieurement par une extrémité amincie. Le colon rétréci est caché au milieu de cette masse que forment d'innombrables granulations tuberculeuses, développées au milieu d'un tissu conjonctif infiltré de sérosité.

L'intestin offre un aspect granuleux dû à la présence de myriades de petites granulations blanches opalines dont la couleur tranche sur le fond grisâtre qui les entoure. Elles ne font pas de relief notable, et paraissent développées dans le tissu sous-séreux. Celui-ci est infiltré d'une matière plasmique, et est parcouru par des vaisseaux gorgés de sang.

La membrane musculieuse paraît épaissie, le tissu cellulaire qui l'unit à la fibreuse est infiltré de sérosité, et tellement friable qu'on peut détacher et entraîner au dehors avec facilité le cylindre formé par les deux tuniques internes.

La muqueuse examinée du côté de sa surface libre est pâle, le tissu connectif qui la double est infiltré de sérosité, surtout entre les deux lames des valvules conniventes ; plusieurs ulcérations à fond induré existent dans le voisinage de la valvule iléo-cæcale.

Le foie est recouvert dans une partie de son étendue par une couche épaisse de fausses membranes, son tissu est pâle et exsangue.

*Poitrine.* — Le poumon droit adhère aux côtes et au médiastin dans toute son

d'un organe résistant, comme le foie, par exemple, on a la double sensation d'un liquide qui fuit sous la pression et d'une surface impénétrable qui arrête l'impulsion.

Si le liquide est en quantité notable, on pourra percevoir de la fluctuation ; mais elle sera en général moins nette, moins franche, moins étendue que dans l'ascite proprement dite. Au lieu d'être perçue d'un côté de l'abdomen à l'autre, elle pourra n'être appréciable que dans un espace limité ou dans plusieurs points indépendants les uns des autres. La cavité abdominale est alors cloisonnée en plusieurs loges distinctes.

Comme nous l'avons déjà dit à propos de la péritonite cancéreuse, la percussion indiquera une délimitation de la matité et de la sonorité moins régulière que dans l'ascite. Au lieu d'occuper dans le décubitus dorsal une zone à peu près régulière, ayant pour centre l'ombilic, encadrée dans une matité dont la limite suit une courbe ovalaire, la partie sonore a des contours irréguliers. La matité pourra s'avancer d'un côté plus près de la ligne médiane et de l'autre reculer vers le flanc opposé ; elle peut occuper la plus grande partie de la périphérie abdominale,

étendue, excepté au niveau de la région hypochondriaque et dans l'étendue correspondant à cette matité de la partie antéro-inférieure du thorax qui avait été attribuée au foie, et qui en représentait si exactement la forme. Cet organe avait été refoulé en bas, et faisait saillie au-dessus des côtes, tandis que l'espace resté libre dans la plèvre était occupé par un épanchement séro-purulent.

Le sommet du poumon droit contient des tubercules dont quelques-uns sont ramollis, tandis que d'autres sont transformés en matière crétaée ; les bronches de ce poumon sont notablement dilatées, quelques tubercules peu nombreux existent dans le poumon gauche.

Le cœur renferme du sang fluide, son tissu est pâle, le tissu connectif qui l'unit au péricarde est infiltré de sérosité.

Nous voyons dans cette observation la péritonite marcher sourdement, sans douleur ; le ventre est même presque insensible à une forte pression ; le retrait brusque de la main ne produit aucune sensation anormale ; il y a anesthésie du péritoine ; la péritonite prend d'emblée la forme ascitique, et c'est à l'épanchement amassé dans la cavité abdominale qu'il faut probablement attribuer cette sensation de boule qui se déplace dans les mouvements.

Il est possible que le début de la tuberculisation remontât aux premiers troubles de la santé, que cette diarrhée dysentérique et que cette pleurésie de l'année précédente en fussent les premières manifestations.

Nous ferons remarquer cette matité sous-mammaire liée à un épanchement qui occupait si exactement la région hépatique, et devint une cause d'erreur difficile à éviter. Cependant l'examen de la direction des dernières côtes eût probablement éclairé le diagnostic.



quand la masse intestinale est retenue par des adhérences contre le rachis; et alors le liquide épanché ne pouvant la soulever, s'accumule entre elle et la paroi antérieure de l'abdomen.

Si l'on fait varier le décubitus en faisant coucher successivement le malade sur l'un et l'autre côté, les limites de la sonorité et de la matité subissent des changements moins étendus, moins rapides; elles peuvent même demeurer invariables. Ce liquide emprisonné par des adhérences, ou bien ne se déplace pas, ou ne le fait qu'incomplètement, ou ne franchit qu'avec lenteur les obstacles que ces adhérences lui opposent.

Lorsque l'épanchement est nul ou très-peu abondant, la tuméfaction abdominale est imputable à la tympanite. En dehors de l'hystérie, la tympanite chronique est suspecte: elle se rattache le plus souvent ou à une affection organique de l'intestin, ou à la péritonite chronique. Chomel, dans ce cas, conseillait, si l'exploration de l'abdomen n'éclairait pas la cause de la tympanite, de pratiquer le toucher rectal; il tenait ce précepte de Bayle, et il avait été plusieurs fois amené, par cette exploration, à découvrir des carcinomes du rectum qu'on n'avait pas soupçonnés. Dans la péritonite chronique comme dans l'hystérie, la tympanite est consécutive à la parésie des fibres musculaires de l'intestin: parésie toute nerveuse dans le dernier cas, et consécutive dans le premier à l'inflammation de la membrane séreuse qui les revêt.

Dans des cas où la percussion et la palpation ne donnent, dans le décubitus dorsal, d'autres signes que ceux de la tympanite, on peut quelquefois constater l'existence d'un épanchement en faisant coucher le malade sur le côté: le liquide éparpillé sous les anses intestinales météorisées entre les viscères et les replis du mésentère, filtre et s'accumule par le décubitus latéral dans les parties déclives, et peut alors y produire une matité mobile qui en accuse la présence.

Ordinairement, sur la paroi abdominale se dessinent des veines saillantes, témoignage de la gêne qu'éprouve la circulation profonde. Cette circulation supplémentaire, en effet, se développe toutes les fois qu'un obstacle, même temporaire, gêne le cours du sang dans les vaisseaux intra-abdominaux.

Dans la péritonite tuberculeuse, les veines profondes, comme nous l'avons dit plus haut, peuvent subir une pression plus directe encore par le développement morbide des masses ganglionnaires ou par des agglomérations de tubercules. Dans ce cas, on observe, outre un léger

œdème de la paroi abdominale assez commun dans cette affection, une infiltration œdémateuse de la moitié inférieure du corps (1).

Les douleurs manquent rarement pendant le cours de cette évolution morbide: comme nous l'avons dit, elles en marquent le début, signalent les lésions intestinales qui précèdent la péritonite, s'exaspèrent avec celle-ci et présentent des variétés sur lesquelles nous nous arrêtons quelques instants.

Il y en a de continues, qui peuvent ne pas être augmentées par la pression, quoique le contraire arrive le plus souvent; elles sont sourdes,

(1) Dans l'observation qui suit, à l'ascite s'ajoute un œdème de la moitié inférieure du corps, dû à la compression de la veine cave par des masses tuberculeuses.

B... âgé de vingt-deux ans, entre le 14 avril 1840 dans le service de Chomel. Il habite Paris depuis trois mois; il ferait remonter à deux mois seulement l'origine de sa maladie. Elle a débuté par de la faiblesse et des troubles gastriques. Jamais dans son enfance il n'avait eu ni engorgement ganglionnaire ni disposition aux rhumes. Depuis un mois seulement il tousse et il a ressenti une douleur au-dessous du sein droit; depuis la même époque il a des sueurs nocturnes, depuis quinze jours il a de la diarrhée. Son appétit a diminué sans être aboli; il a peu de soif, il n'a jamais eu ni hémoptysies ni selles sanguinolentes.

Ce malade est très-émacié.

Les membres inférieurs sont un peu œdématiés; le ventre a un volume considérable et présente les signes d'un épanchement ascitique; la peau qui le recouvre est sèche, fendillée, squameuse; elle conserve l'impression du doigt, et la dépression ombilicale est remplacée par une saillie; l'œdème s'étend aux parois thoraciques, sur lesquelles se dessinent des veines saillantes.

Les régions sous-claviculaires sont déprimées; les sommets sont peu sonores; la percussion développe à droite une sensation douloureuse. Dans la fosse sus-épineuse de ce côté et dans la région axillaire on entend des craquements humides, et du retentissement de la voix. La peau est sèche et aride; le pouls est petit; la toux est très-fréquente. Cet homme meurt deux jours après son entrée.

*Autopsie.* — On trouve des tubercules nombreux dans les deux poumons et dans le péritoine; une masse tuberculeuse comprime la veine cave vers le bord postérieur du foie; il y a à la fois ascite et œdème sous-péritonéal. Des tubercules, dont quelques-uns sont plus gros que des noisettes, soulèvent la plèvre qui est en même temps semée de granulations.

On trouve des tubercules dans les disques intervertébraux.

L'intestin est le siège d'ulcérations à fond tuberculeux.

Nous ferons remarquer la rapidité avec laquelle la maladie a évolué, elle n'aurait duré que six semaines d'après les renseignements fournis par le malade. La forme et le degré de développement des tubercules permettent de conserver quelque doute sur l'exactitude de cette assertion.

L'abdomen et le péritoine sont envahis simultanément. Ce serait un cas de phthisie aiguë. Nous avons signalé en commençant cette tumeur qui comprime la veine cave et la gêne qu'elle apporte à la circulation.