

tensives; d'autres sont aiguës, lancinantes, intermittente, mais à peu près fixes dans leur siège, Il y en a d'erratiques qui n'ont rien de constant, ni dans leur siège, ni dans leur retour. Elle se développent souvent pendant le travail digestif et sous l'influence du besoin d'évacuer. Ces douleurs se montrent assez souvent par accès qui peuvent durer plusieurs heures, quelquefois plusieurs jours, et reviennent après un temps variable.

Un de mes malades m'accusait la sensation d'une boule mobile qui se déplaçait dans les mouvements du tronc.

Tels sont les caractères habituels de la péritonite tuberculeuse chronique; mais elle peut suivre une marche aiguë. Dans ce cas, elle est un épiphénomène de cette affection qu'on a désigné sous le nom de phthisie aiguë (1), phthisie granuleuse dont M. Empis a voulu faire dans ces derniers temps une lésion inflammatoire, distincte du tubercule et du cancer et pouvant être cependant le point de départ et l'origine commune de l'un et de l'autre. Déjà Chomel avait séparé cette lésion du tubercule auquel Laennec l'avait rattachée, opinion à laquelle la science moderne revient après quelques dissidences. Dans ce cas, avec la péritonite, concident souvent des pleurésies, des péricardites, des méningites de même nature. Cette forme aiguë offre quelquefois une grande analogie symptomatique avec la fièvre typhoïde. On y a même quelquefois constaté une éruption cutanée qui ressemblerait aux papules lenticulaires. Je n'ai, pour ma part, jamais rencontré dans cette affection des lésions cutanées, identiques avec les papules typhoïdes, et de nombreux observateurs repoussent cette assimilation. Un examen attentif des localisations morbides, la marche de la maladie, la nature des complications thoraciques et cérébrales, les caractères des troubles abdominaux, les sueurs, l'aspect même du malade, permettront d'arriver au diagnostic.

(1) Les granulations tuberculeuses et cancéreuses, à leur origine, offrent en effet la plus grande ressemblance extérieure avec les néoplasies inflammatoires; mais elles en diffèrent essentiellement par leur nature intime et par ce germe de spécificité qui est en elles et qui déterminera leur évolution ultérieure. Les produits morbides sont constitués extérieurement par les éléments des tissus communs, mais ils n'en sont pas moins spécifiques, soit qu'ils diffèrent des tissus communs par la constitution intime et le mode de vitalité de chacun de ces éléments, soit que ceux-ci n'ayant en eux-mêmes rien de spécifique se groupent autour d'agents spécifiques qui jusqu'ici ont échappé à notre observation; il en est ainsi dans les galles des végétaux où les éléments communs du type végétal ne diffèrent de ceux qui constituent les tissus normaux que par leur siège et leur groupement, et se développent autour du *Cynips* qui a été la cause incitatrice de leur évolution.

La péritonite tuberculeuse comme les autres formes de la phymatose se termine le plus souvent par la mort; mais dans cette terminaison l'affection du péritoine n'a souvent qu'une part secondaire; elle est, dans le plus grand nombre des cas, l'auxiliaire et comme l'appoint d'autres conditions morbides qui suffisent pour détruire la vie. Il n'est pas rare cependant de rencontrer des malades chez lesquels les lésions pulmonaires sont peu développées; quelquefois même elles manquent complètement; alors la péritonite joue le principal rôle; c'est dans ces cas surtout que son expression symptomatique offre le plus de relief; et elle peut entraîner la mort par les réactions et les troubles fonctionnels qu'elle provoque.

Quand une collection purulente est amassée dans la cavité péritonéale, elle peut amener une ou plusieurs ulcérations des intestins à travers lesquelles elle se fraye une voie au dehors, pendant que les matières intestinales s'épanchent dans le péritoine, et l'on voit se terminer par une scène d'acuité une maladie qui jusque-là avait les allures d'une affection chronique.

Le pus peut également s'ouvrir une issue à travers la paroi antérieure de l'abdomen, et je l'ai vu après avoir fusé entre les muscles de cette paroi venir soulever la peau de la région ombilicale.

Dans quelques cas la péritonite tuberculeuse est aiguë à son début: c'est quand elle succède à la rupture, soit d'un ganglion transformé en collection purulente, soit d'un tubercule ramolli de l'intestin (1) ou à une

(1) M... âgé de vingt-sept ans, tonnelier, grand, à large poitrine, offre les apparences d'une forte constitution; comme les gens de sa profession, il est adonné aux boissons alcooliques. A part la variole dont il fut atteint dans son enfance, sa santé n'avait pas subi de choc sérieux, il n'était pas sujet aux rhumes, lorsque, il y a cinq ans, (1833) pendant un de ses repas, il fut pris d'une douleur vive dans l'abdomen, douleur d'une telle violence qu'il fut forcé de s'aliter. Il se crut empoisonné; son ventre était dur, tendu; il avait une constipation opiniâtre. On lui appliqua des sangsues; il ne put reprendre ses occupations qu'au bout de quatre semaines. Depuis ce temps, il a conservé de la répugnance pour la viande et il est sujet à la diarrhée. Au mois de janvier 1838, il commença à tousser et expectora des crachats striés de sang, il éprouvait de la gêne dans la respiration; on lui pratiqua une saignée qui ne lui procura aucun soulagement, la toux persista. Vers le mois de février, la dyspnée devint plus prononcée; il avait quelquefois des sueurs nocturnes; à la même époque il fut pris d'une diarrhée continue qui n'a pas cessé depuis lors.

Il entra à l'Hôtel-Dieu le 16 mars dans le service où je remplissais les fonctions d'interne, il accusait une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine, et une toux fatigante. Dans le tiers moyen du côté gauche, en arrière, on trouvait par la percussion un son caverneux, des gargouillements, de la pectoriloque et une toux caverneuse; en

perforation de ce dernier organe. Quand cette perforation est peu étendue, que les viscères voisins viennent faire paroi et boucher la solution de continuité, l'inflammation aiguë peut s'apaiser et la maladie reprend ses allures habituelles.

Quand la péritonite tuberculeuse n'est pas compliquée de lésions in-

avant, dans la région sous-claviculaire, le son était obscur, le-murmure vésiculaire était remplacé par du souffle caverneux. La prescription du chef de service fut une saignée et un cautère au niveau de la cavene.

Dans la nuit du 18 au 19, le malade ressentit une douleur vive, subite, qui partant de la fosse iliaque gauche irradiait dans tout l'abdomen, accompagnée de nausées, de vomiturations et du rejet d'une petite quantité de liquide bilieux. Le ventre présentait une sensibilité très-vive à la pression; la diarrhée s'arrêta, le malade n'éprouvait pas de céphalalgie.

Le lendemain matin je trouvai cet homme anxieux; ses pommettes étaient injectées; son pouls était très-fréquent, petit, concentré. L'abdomen avait une sensibilité exquise à la moindre pression, d'ailleurs peu météorisé, mais résistant; on constatait de la matité et une fluctuation obscure dans la région du flanc droit. Le malade n'eut dans la journée qu'une seule selle liquide et n'urina qu'une fois dans les vingt-quatre heures; il continua à avoir des hoquets et des vomiturations; il accusait peu de soif; sa langue était humide; il y avait anorexie complète.

Le lendemain 21, le malade présenta les mêmes symptômes; les hoquets et les vomissements persistèrent; le pouls était d'une petitesse et d'une fréquence extrême; il succomba dans la nuit.

*Autopsie.* — L'abdomen renferme du pus floconneux, les anses intestinales sont agglutinées entre elles par des fausses membranes molles.

L'intestin grêle présente sur sa convexité un grand nombre d'ulcérations à fond tuberculeux; la matière tuberculeuse est infiltrée dans le tissu cellulaire et dans l'intervalles des fibres musculaires sous forme d'une substance grisâtre, demi-transparente offrant dans quelques points une couleur jaunâtre. Dans quelques endroits, l'infiltration tuberculeuse paraît récente, et la muqueuse qui la recouvre, n'est pas ulcérée. Ailleurs la muqueuse est détruite, les fibres musculaires elles-mêmes ont disparu, le fond de l'ulcère est formé par le péritoine.

Les ganglions lymphatiques sont tuméfiés et tuberculeux; l'un d'eux, dans la fosse iliaque gauche, est creusé d'une cavene ouverte dans le péritoine, et dont la rupture semble avoir été l'origine de la péritonite.

Les poumons sont farcis de granulations tuberculeuses; çà et là ils sont creusés de cavernes dont deux, volumineuses, occupent le sommet du poumon gauche.

Les bronches, dont plusieurs sont dilatées, offrent dans quelques points une infiltration tuberculeuse au-dessous de leur membrane muqueuse.

Si je rapporte cette observation, c'est comme exemple d'un ganglion tuberculeux et ramolli rompu dans le péritoine, car il s'agit plutôt d'une péritonite aiguë chez un tuberculeux que de la péritonite tuberculeuse, affection le plus souvent chronique; mais le tubercule en a été la cause déterminante et nous voyons dans ce fait, à son plus haut degré de violence, un accident qui peut se produire dans la péritonite tuberculeuse sous des formes moins aiguës.

compatibles avec la vie, elle peut guérir comme guérissent les affections tuberculeuses: la fièvre, la douleur s'apaisent; les épanchements séreux se résorbent (1); les néomembranes s'organisent; les intestins reprennent leurs mouvements limités par des adhérences; le météorisme s'affaïsse, et la rétraction de la paroi abdominale peut succéder à son soulèvement. Le ventre prend, comme on dit, la forme *en bateau*. Le malade

(1) Le fait suivant, recueilli en 1838, nous montre cette résorption qui se fait quelquefois, au déclin de la maladie, du liquide épanché dans le péritoine.

B..., âgé de vingt ans, manouvrier, habite Paris depuis un an. Il est né, dit-il, de parents sains; cependant il est grêle, délicat, son teint est pâle.

Il y a six mois, il ressentit une douleur dans une épaule, à laquelle quelque temps après en succéda une autre qui siégeait dans la région ombilicale. Cette dernière, qui revenait par accès, le forçait parfois à suspendre son travail; elle durait quelquefois de quatre à huit jours, et ne reparaisait qu'au bout d'un mois. Il n'a pas eu de diarrhée habituelle, assure-t-il; il consulta un empirique qui lui fit prendre des purgatifs et des lavements de lait; les accidents persistèrent. Vers le milieu de février il remarqua que ses jambes étaient enflées; des transpirations provoquées firent disparaître cette enflure. Il entra à l'Hôtel-Dieu le 10 mars 1838.

Le ventre était météorisé et présentait un volume considérable; la région ombilicale était saillante, et l'on y sentait des gargouillements superficiels, en même temps que la pression y éveillait une vive sensibilité. D'un côté à l'autre on constatait une fluctuation évidente.

Les anses intestinales paraissaient agglutinées et immobiles.

La peau était blafarde; il y avait de l'œdème autour des malléoles, phénomène qui n'aurait reparu que depuis cinq jours.

Le malade était sans fièvre; il n'avait pas de sueurs nocturnes; il n'avait pas d'appétit; la langue était pâle et humide.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital ces symptômes persistèrent, il s'y ajouta de la diarrhée; l'amaigrissement s'accrut de plus en plus; il restait sans fièvre bien caractérisée, cependant les pommettes étaient injectées; il toussait à peine et n'accusait aucun trouble des fonctions respiratoires.

Au bout de quelque temps, le ventre, toujours douloureux à la pression, diminua de volume et la fluctuation cessa d'y être perceptible.

Il succomba le 29 avril.

*Autopsie.* — La paroi antérieure de l'abdomen est adhérente aux organes sous-jacents, à l'aide de fausses membranes organisées et parcourues par de nombreux vaisseaux.

La portion du péritoine qui la revêt est doublée en dehors par une couche de tubercules jaunes, du volume d'un gros pois, dont quelques-uns commencent à se ramollir.

Les anses intestinales sont agglutinées entre elles et réunies par des adhérences; d'innombrables tubercules se montrent à leur surface.

Trois ou quatre granulations grises existent au sommet de chaque poumon; quelques autres sont éparses dans le reste de l'organe. A la surface d'un des poumons existait

retrouve une sorte d'équilibre fonctionnel qui se maintiendra plus ou moins longtemps jusqu'à ce qu'une nouvelle évolution de la phymatose vienne le troubler et créer de nouveaux dangers.

Cette guérison de l'affection péritonitique et cette rétraction du ventre succédant au météorisme peuvent se produire alors même que d'autres lésions tuberculeuses continuent à évoluer, et habituellement l'extinction de ce foyer abdominal qui faisait à l'action morbide une dérivation puissante est suivie d'une exacerbation des complications pulmonaires qui s'étaient apaisées ou atténuées quand elles n'étaient pas trop avancées (1).

Le travail morbide concentré alors dans les organes respiratoires y manifeste une activité funeste ; les sueurs, qui quelquefois avaient cessé, reparaissent ; la toux et l'expectoration augmentent ; l'auscultation constate la marche envahissante des lésions.

une petite cavité qui aurait pu loger un pois, circonscrite par des fausses membranes qui unissaient entre elles les deux feuillets opposés de la plèvre ; elle avait évidemment succédé à la fonte et à la rupture d'un petit tubercule sous-pleural.

Nous voyons ici un exemple de la concentration du travail morbide dans l'abdomen. Les lésions pulmonaires sont insignifiantes à côté de celles que nous trouvons dans le ventre.

On s'expliquerait mal l'apyrexie et l'intermittence des douleurs avec des altérations aussi profondes et aussi étendues. Il est probable qu'elles sont restées quelque temps plus limitées, et que sous l'influence d'une mauvaise hygiène, d'un traitement inopportun, elles ont acquis un développement considérable, qui a forcé ce jeune homme à s'arrêter définitivement.

Il n'est pas improbable que cette douleur scapulaire qui a été un des premiers symptômes perçus par le malade doive être attribuée à cette petite perforation pulmonaire dont les adhérences préalables ont limité les effets irritatifs sur la plèvre.

(1) L'observation suivante nous montre d'une manière frappante l'alternance, l'espèce de balancement qui s'établit quelquefois entre les troubles thoraciques et les troubles abdominaux. Quoique le poumon fût le siège de lésions assez avancées, les symptômes qui les exprimaient cessent brusquement quand le ventre est envahi. L'action morbide se concentre sur un autre terrain où elle produit rapidement des désordres mortels.

L..., âgé de vingt et un ans, ferrailleur, habite Paris depuis trois ans. Son père, d'après les renseignements qu'il fournit, paraît avoir succombé à une phthisie pulmonaire. Il a eu dans son enfance des engorgements ganglionnaires ; jusqu'à l'hiver dernier il n'était pas sujet aux rhumes, il n'a jamais craché le sang. Avant de tomber malade il se nourrissait bien mais il se livrait à quelques excès de boisson.

Il a éprouvé, il y a huit mois, une douleur de la face dorsale du pied gauche avec gonflement de cette région.

Il y a quatre mois il contracta, dit-il, un rhume ; la toux était fréquente, accompagnée de sueurs nocturnes ; il y a deux mois, après dix jours de diarrhée séreuse, il

La durée de la péritonite tuberculeuse est très-variable, la phthisie aiguë dont elle est quelquefois une complication se termine en quelques semaines. Dans les formes chroniques elle peut durer plusieurs mois ou plusieurs années, mais il est à peu près impossible de fixer les limites de temps qui lui sont propres au milieu des complications qui l'enveloppent et qui exercent souvent une influence dominante sur l'évolution de l'état morbide dont elle n'est habituellement qu'un élément.

ressentit tout à coup une douleur vive dans la région ombilicale. Cette douleur s'étendit bientôt à tout l'abdomen, il éprouvait des envies de vomir surtout après l'ingestion des boissons. Depuis lors, la toux a cessé brusquement, la diarrhée a persisté, accompagnée de gargouillements. Depuis un mois les envies de vomir ont cessé.

Il entra à l'Hôtel-Dieu le 11 juin. Son émaciation était extrême, squelettique ; son teint présentait une coloration jaune verdâtre, sur laquelle tranchait l'injection des pommettes ; sa faiblesse était telle qu'il ne pouvait se tourner dans son lit et il restait habituellement couché sur le côté droit ; il accusait un peu de surdité.

La langue était un peu sèche et pâle, le ventre était volumineux, tendu, très-sensible à la pression, surtout dans la région iliaque gauche. Cette sensibilité diminuait quand il avait été à la selle. On y sentait des gargouillements et comme des frémissements superficiels. Les anses intestinales étaient agglutinées et immobiles. La percussion donnait un son mat dans une grande étendue.

Le malade avait peu d'appétit, il dormait très-mal ; il n'avait plus de sueurs, la miction était fréquente.

Il succomba quelques jours après son entrée.

*Autopsie.* — Le grand épiploon adhère à la paroi antérieure de l'abdomen et aux anses intestinales sous-jacentes, on ne l'en peut séparer qu'avec une extrême difficulté et en produisant des lacérations.

Le péritoine offre dans toute son étendue une teinte opaline grisâtre. Son feuillet pariétal est soulevé par un grand nombre de tubercules situés dans le tissu sous-jacent. Ils égalent ou même dépassent le volume d'un pois, sont jaunés ; plusieurs commencent à se ramollir. Quelques-uns sont ramollis et enkystés.

Dans les intervalles que laissent entre elles les adhérences de l'intestin et de l'épiploon, la cavité abdominale est remplie par un liquide couleur chocolat, fétide et renfermant des coagulums sanguins ; ailleurs on trouve du sang pur en petite quantité. Dans quelques points la membrane séreuse offre une teinte d'un noir vif, résultat probable de la transformation en matière pigmentaire d'une infiltration sanguine.

Le grand épiploon a un centimètre et demi d'épaisseur. Les lames qui le composent sont épaissies ; elles renferment de gros tubercules dont plusieurs sont ramollis. Les intestins sont réunis en une seule masse hérissée de tubercules ; il est impossible au milieu de cette intrication de les dérouler. On peut cependant en isoler des anses considérables et l'on constate leur extrême friabilité : elles se déchirent sous la plus légère traction. Leur surface interne présente un grand nombre d'ulcérations ovalaires, qui paraissent avoir pour origine les plaques de Peyer ; leur diamètre est de 2 à 3 centimètres ; leurs bords amincis offrent une coloration noire.

Un grand nombre de gros tubercules qui paraissent enkystés soulèvent la mem-

Sa marche est très-irrégulière comme les autres localisations du tubercule, l'éclosion du produit morbide dans le péritoine peut se faire par poussées successives; elle peut présenter des alternatives de rémission et d'exacerbation. Certains accidents peuvent lui imprimer une activité foudroyante: nous avons déjà parlé des perforations. Les nombreuses néoplasies auxquelles le travail inflammatoire donne naissance, peuvent former des brides qui deviennent des causes d'étranglement; accident fort rare du reste, ce qu'on peut expliquer suivant la judicieuse remarque de M. Hemey par le peu de mobilité des anses intestinales et l'obstacle que les adhérences qui les unissent oppose à leur déplacement.

Avant d'étudier la pathogénie de la péritonite tuberculeuse, il est utile d'en indiquer succinctement les caractères anatomiques

Souvent chez les malades affectés de péritonite tuberculeuse, le liquide épanché dans la cavité péritonéale est résorbé pendant la dernière phase de la maladie, comme le remarque le docteur Hemey. Cependant l'abdomen peut renfermer des liquides séreux, purulents ou sanguinolents; quand il contient du sang, des dépôts fibrineux à surface réticulée peuvent s'être déposés sur les viscères, le foie et la rate principalement.

Dans des épanchements plus anciens, le liquide sanguinolent présente une couleur chocolat; parfois le sang forme des couches membraniformes étalées entre les viscères ou sur les replis du péritoine,

brane muqueuse, et si l'on enlève la matière tuberculeuse, il reste à sa place une perforation. Examinés du côté de la membrane séreuse, on voit que le péritoine est détruit à leur niveau; ils font saillie à la surface de l'intestin et sont revêtus par la muqueuse seule qui dans certains points commence à s'ulcérer.

L'agglutination des intestins est telle qu'ils se forment mutuellement une paroi au niveau des perforations. Le tissu connectif, interposé aux tuniques intestinales, est infiltré de sérosité. Les papilles offrent une couleur noire. Les ganglions mésentériques sont d'une couleur rouge pâle, infiltrés de sérosité; des granulations nombreuses occupent leur partie périphérique.

On trouve des tubercules au sommet des deux poumons; quelques-uns sont ramollis; d'autres ont été éliminés et ont laissé à leur place de petites excavations.

Nous ferons remarquer ces hémorragies intra-péritonéales, ces colorations noires qui sont très-probablement des transformations de l'hématine, ces tubercules intestinaux qui déterminent l'ulcération de la tunique séreuse, et nous montrent le mécanisme des perforations. Au lieu de se développer dans la muqueuse même ou au-dessous d'elle, ce qui est le cas le plus fréquent, les productions tuberculeuses du tube digestif paraissent avoir leur origine sous la tunique séreuse; leur évolution est plus avancée vers la surface externe de l'intestin que vers sa cavité.

rouges ou noirâtres suivant leur ancienneté. La tendance aux hémorragies accompagne partout les productions tuberculeuses.

Généralement le péritoine offre dans toute son étendue une teinte grisâtre, opaline, quelquefois tigrinée de taches noirâtres, vestiges d'extravasations sanguines; il est tapissé, par places, de fausses membranes à différents degrés d'évolution. Quand elles sont anciennes elles sont organisées, vasculaires, parcourues par de longs vaisseaux grêles, filiformes qui se perdent parfois dans des taches ecchymotiques. Quelquefois elles ont une consistance cartilagineuse, elles peuvent même, comme cela arrive dans la plèvre, s'infiltrer de matières ostéo-calcaires.

La surface du péritoine est hérissée de granulations tuberculeuses, tantôt grises, blanchâtres, ressemblant à de petites fausses membranes; tantôt plus dures, ayant l'aspect et la consistance du cartilage; d'autres fois, ramollies formant comme de petites pustules sous la séreuse qu'elles soulèvent.

On les trouve sur le feuillet viscéral et sur le feuillet pariétal du péritoine dans les néomembranes qui les recouvrent, entre les lames de l'épiploon.

Elles paraissent quelquefois développées à la surface de la séreuse, mais le plus souvent elles naissent au-dessous d'elle et dans son épaisseur.

Leur volume varie depuis celui d'une tête de camion jusqu'à celui d'une lentille ou d'un pois. Examinées à la loupe, les plus grosses paraissent constituées par l'agglomération de granulations très-fines. Il n'est pas rare de les voir traversées par de petits vaisseaux; très-souvent elles sont entourées d'un cercle vasculaire qui peut être transformé en matière noire. Dans les degrés les plus avancés de leur évolution, elles sont parfois comme enkystées dans une coque de tissu conjonctif parcouru par des vaisseaux.

La membrane séreuse est épaisse et le tissu connectif qui la double est infiltré de sérosité.

Le grand épiploon acquiert une épaisseur considérable, qui peut dépasser 3 et 4 centimètres. En même temps, il est en général raccourci et descend rarement au-dessous de l'ombilic. Souvent il contracte des adhérences, soit avec la paroi antérieure de l'abdomen, soit avec les viscères sous-jacents.

Entre ses lames on aperçoit des myriades de granulations, souvent groupées autour des vaisseaux, entourées d'une matière séreuse

ou gélatiniforme, quelquefois des ecchymoses ou des coagulums sanguins.

Les agglomérations tuberculeuses, les ganglions tuméfiés et les néomembranes groupées autour des viscères, forment parfois des tumeurs irrégulières, des plaques dures en forme de plastron, ou des espèces de végétations; elles peuvent, comme nous l'avons dit, comprimer la veine cave, peut-être même le canal cholédoque. J'ai observé récemment chez un malade offrant tous les signes d'une péritonite, un ictere chronique que j'ai considéré comme devant très-probablement être imputé à cette cause. On sentait dans la région épigastrique une tumeur assez superficielle, très-légerement mobile, qui m'a paru avoir son origine dans le grand épiploon.

J'ai plusieurs fois observé que les granulations tuberculeuses semées sur la surface péritonéale paraissaient avoir à peu près le même âge : elles offraient des caractères extérieurs semblables, le même degré d'évolution; toutes ou presque toutes étaient à la fois grises ou transformées en matière jaune, ou en évolution caséiforme. On aurait dit que leur origine était contemporaine. D'autres fois, au contraire, elles présentent tous les degrés et toutes les formes de l'évolution des produits tuberculeux.

Les intestins sont réunis par des adhérences récentes ou organisées en une masse quelquefois inextricable, cachée dans certains cas sous un épanchement liquide, auquel elle surnage le plus souvent. Leur aspect extérieur est le même que celui des autres parties du péritoine; le tissu connectif interposé entre la séreuse et la musculuse est quelquefois infiltré de sérosité et l'on peut alors les séparer avec facilité, et l'on peut même retirer le cylindre constitué par les deux tuniques internes de la couche musculaire et de la séreuse qui la recouvre.

Le calibre de l'intestin grêle est habituellement rétréci, ses parois sont épaissies et sa longueur est considérablement diminuée, souvent d'un tiers ou de moitié. Les valvules conniventes sont alors plus nombreuses, plus serrées et descendent jusque vers la fin de l'iléum.

La membrane muqueuse, injectée par places, présente parfois dans d'autres une teinte ardoisée ou des taches noires; quelquefois les papilles sont noires.

Il n'est pas rare d'observer un développement anormal des follicules isolés ou des plaques de Peyer.

Des tubercules soulèvent la membrane muqueuse : quelques-uns ramollis forment de véritables pustules ou sont comme enkystés; leur

évolution paraît en général plus avancée que celle des tubercules péritonéaux.

Ordinairement on aperçoit sur la surface interne de l'intestin de nombreuses ulcérations; les unes arrondies, superficielles, la plupart irrégulièrement ovalaires, allongées transversalement. Elles se rencontrent en général, comme les ulcérations de la fièvre typhoïde, sur la convexité de l'intestin. Leurs bords sont déchiquetés, décollés, saillants ou amincis, tomenteux, noirs ou purpurins. Leur fond grisâtre est très-souvent formé par des granulations tuberculeuses qui pénètrent entre les fibres musculaires, les écartent, les atrophient. Le fond de l'ulcération est quelquefois exclusivement formé par la séreuse. Sur les limites de l'infiltration tuberculeuse, on trouve parfois une plaque fongoïde qui a l'aspect d'un tissu éructile; d'autres fois on y aperçoit les traces d'un travail réparateur, et une membrane de nouvelle formation remplace dans quelques points la muqueuse. Ces ulcérations sont en général plus nombreuses et plus étendues dans le voisinage du cæcum, où elles offrent quelquefois une très-large étendue.

Il n'est pas rare de trouver l'intestin perforé, soit que le travail ulcéral ait marché de dedans en dehors, ce qui arrive presque toujours, soit, au contraire, qu'il ait marché de dehors en dedans. Souvent la perforation est bouchée par une anse intestinale contiguë et adhérente au point ulcéré, par un autre viscère ou par l'épiploon. Quelquefois, dans le processus ulcéral, l'intestin a contracté des adhérences avec la paroi abdominale. Sa rupture a donné lieu à un abcès de cette paroi, qui peut fuser entre les plans musculaires qui la composent ou devenir l'origine d'une fistule stercorale. Les ulcérations de l'appendice cæcal ne sont pas rares; elles peuvent donner lieu à des abcès iliaques ou à une phlébite de la veine porte, comme j'en ai rapporté ailleurs un exemple.

Avec les lésions intestinales coïncident des lésions ganglionnaires; les ganglions peuvent être le foyer principal du travail morbide. Ces organes se tuméfient, s'infiltrent de matière tuberculeuse, qui forme quelquefois une zone circulaire dans les couches superficielles, d'autres fois la tuberculisation envahit toute leur épaisseur. Ils offrent souvent une coloration rose pâle ou sont marbrés de matière noire; souvent ils sont infiltrés de sérosité. Quelquefois ils sont ramollis, détruits, réduits à une coque membraneuse qui peut se rompre et verser son contenu dans les cavités voisines.

Le foie est ordinairement tuméfié, d'une couleur brune rosée; d'autres

fois jaune pâle et complètement stéatosé; dans certains cas, il est comme truffé de masses tuberculeuses.

La rate est en général volumineuse et molle. J'ai trouvé les reins tuméfiés, congestionnés, marbrés. Chez les enfants, la tuberculisation tend à se généraliser plus que chez l'adulte: les organes génitaux, les reins, la vessie, les uretères, sont souvent le siège de dépôts tuberculeux.

Ainsi, dans la péritonite tuberculeuse, nous constatons presque toujours des lésions graves du tube digestif. Il y a des cas cependant dans lesquels il reste inattaqué, ou ses lésions sont si peu importantes qu'on ne peut leur attribuer aucune part, ni dans l'évolution de la péritonite, ni dans la terminaison funeste. Quelquefois c'est dans les ganglions mésentériques que le travail morbide semble avoir fixé ses premières et ses principales manifestations, soit qu'ils aient été primitivement atteints par la phymatose, soit qu'ils aient subi le retentissement d'un processus irritatif situé dans un organe de leur département lymphatique, et que cette irritation secondaire absorbe et concentre l'action morbide qui, sous une influence diathésique, prend le caractère tuberculeux. Cette phthisie ganglionnaire du mésentère, comme la phthisie ganglionnaire des bronches, se rencontre surtout chez les enfants.

L'ovaire peut être le foyer primitif de la tuberculisation abdominale. La tuberculose ovarienne est une cause fréquente de périmétrites, de phlegmons iliaques interminables. L'inflammation développée dans le péritoine pelvien peut se généraliser et envahir le péritoine abdominal, et y prendre le cachet de la diathèse dont la lésion ovarique était la première manifestation.

Si par l'étude comparée des symptômes et des lésions nous cherchons à comprendre la pathogénie de la péritonite tuberculeuse, nous voyons que, comme les autres péritonites, elle constitue le plus souvent une lésion secondaire, mais qui peut acquérir une importance dominante. La tuberculisation intestinale précède habituellement l'envahissement du péritoine; soit que le processus tuberculeux arrivant aux limites de la séreuse y produise une action irritative qui prend la note diathésique; soit que les pustules tuberculeuses sous-jacentes au péritoine s'ouvrent dans sa cavité comme peuvent s'y ouvrir également des ganglions ramollis; et l'on peut se demander si cette matière tuberculeuse versée dans la poche séreuse n'agit pas autrement que comme un irritant banal, si elle n'est pas un agent de dissémination de la matière tuberculeuse. Les résultats de l'inoculation prêtent quelque

vraisemblance à cette hypothèse, qui expliquerait cette circonstance souvent notée dans les observations, d'une douleur aiguë, soudaine, marquant le début de la péritonite tuberculeuse. J'ajouterai que souvent la plupart des granulations éparses sur la surface du péritoine présentent les mêmes caractères, le même degré d'évolution et semblent accuser une origine commune ou au moins contemporaine, comme si elles avaient été *semées* en même temps. Cette question appellerait de nouvelles recherches de pathologie expérimentale.

J'ai fait remarquer cette tendance hémorrhagipare du tubercule que nous retrouvons dans ses localisations abdominales. Ces hémorrhagies ont été attribuées à la dégénérescence graisseuse des capillaires; peut-être aussi sont-elles parfois imputables à la rupture de ces longs et grêles vaisseaux qui rampent dans les néomembranes; peut-être sont-elles favorisées par la compression que subissent les troncs vasculaires du mésentère; peut-être enfin ces ruptures des vaisseaux sont-elles provoquées par des fluxions congestives dont leur tissu altéré ne peut pas supporter l'effort (1).

Les pleurésies, les péricardites, les péritonites hémorrhagiques, sont

(1) L'observation suivante, que j'ai déjà citée à propos de la péritonite cancéreuse, nous montre une péritonite tuberculeuse à forme hémorrhagique dans des conditions d'âge exceptionnelles et avec des symptômes qu'on n'observe pas habituellement.

Au mois d'avril 1836 entra à la Salpêtrière, dans le service dont j'étais chargé comme interne, une vieille femme de soixante-douze ans, aveugle.

Sa vie menstruelle avait duré trente-quatre ans, de seize à cinquante; elle a eu cinq filles qui toutes sont vivantes, et jusqu'à ces quatre dernières années, elle avait joui d'une bonne santé. A cette époque elle fit une maladie caractérisée par de l'anasarque, des palpitations et une faiblesse extrême; ces symptômes se dissipèrent, mais à partir de ce moment sa vue se troubla, des altérations se manifestèrent dans la forme, la couleur, la coordination des images et elle fut affectée de ptosis, elle était obligée de soulever les paupières avec ses doigts pour les entr'ouvrir. Depuis quatre ans, elle a eu à plusieurs reprises des métrorrhagies abondantes auxquelles on a opposé le remède alors banal des saignées; l'obscurcissement de la vue a depuis lors notablement augmenté.

Le 1<sup>er</sup> novembre, elle eut une métrorrhagie abondante qu'aucun phénomène précurseur n'avait annoncée. Après cette perte, elle éprouva des douleurs abdominales revenant par accès, pendant lesquels les téguments s'injectaient, et la malade devenait *rouge écarlate*. Au bout de quinze jours elle eut une nouvelle perte qui dura deux à trois heures, et pendant deux jours elle fut exempte de douleurs; mais elles recommencèrent après ce court répit avec une violence extrême; il semblait à la malade qu'on lui *arrachait les entrailles*. Ces douleurs paraissaient suivre le trajet de l'arc du côlon. Elle entra à l'infirmerie, où sous l'influence des calmants les douleurs s'apaisèrent. Après y être restée quatorze jours, elle en sortit, mais le lendemain de sa