

CHAPITRE X

SÉMIOLOGIE SPÉCIALE DU PÉRITOINE

I. — PÉRITONITE AIGÜE

Signes étiologiques. — Générale ou partielle, la péritonite aiguë traduit l'invasion du péritoine par une ou plusieurs espèces bactériennes (streptocoque, staphylocoque, colibacille, vibrion septique), favorisées dans leur pullulation par l'action, sur la séreuse, de substances irritantes (bile, urine, matières fécales, toxines) ou toxiques. L'agent pathogène vient : soit *du dehors* (plaie accidentelle ou opératoire, phlébite du cordon chez le nouveau-né); soit d'un *viscère abdominal* dont le contenu est septique, normalement (intestin) ou accidentellement (voies biliaires, urinaires ou génitales), et qui devient infectant, par *perforation*, le plus fréquemment, ou par *propagation simple* (par la trompe, dans les infections génitales ou par voie lymphatique); soit d'un foyer préexistant de péritonite enkystée. Exceptionnellement, les bactéries arrivent au péritoine par voie sanguine (dans les *pyohémies*).

Signes cliniques. — La péritonite aiguë détermine presque constamment le même syndrome clinique : fièvre, frissons, douleur et météorisme abdominal, vomissements bilieux, constipation, facies altéré, situation rapidement grave. L'analyse de ces divers signes permet souvent de remonter à la cause. Il est des péritonites latentes révélées par un syndrome fruste; d'autre fois, la péritonite fait défaut, quoique le syndrome soit au complet (*pseudo-péritonites* ou *péritonisme*).

Péritonite suraiguë. — Le tableau clinique diffère chez un sujet primitivement sain (*forme sthénique* de Dupré), ou chez un malade déjà gravement atteint, un typhique, par exemple (*forme asthénique*).

Forme sthénique. — Le début est soudain, *en coup de pistolet* (Roux). En un point du ventre (siège de l'inoculation) surgit brusquement une douleur déchirante, qui bientôt gagne tout l'abdomen, quelquefois assez atroce pour provoquer une défaillance ou une syncope. Rapidement apparaissent : les frissons, les vomissements, le météorisme, la suppression des selles, l'accélération de la respiration et du pouls devenu filiforme, une fièvre subcontinue (38°,5, 39°) et le facies grippé. Exceptionnellement, c'est l'*hypothermie* qui se montre (infection putride, coli-bacillaire). Il arrive aussi qu'à une hyperthermie de deux à trois jours, succède une hypothermie terminale. Inversement, l'hypothermie initiale peut faire place à l'hyperthermie, par infection secondaire. La douleur est extrême, exaspérée par la moindre pression, par le poids des draps; elle est superficielle et profonde, continue et paroxystique.

À la violente réaction du début succèdent l'*adynamie* et le *collapsus*. La

douleur peut alors s'apaiser complètement et les vomissements cessent. Le pouls devient filiforme et incomptable, le nez se pince, les yeux s'enfoncent, les extrémités sont froides et violacées; une sueur froide couvre tout le corps, tandis que le malade, en pleine connaissance, entre en agonie.

Forme asthénique. — Ce syndrome est réalisé par les larges perforations de l'intestin ou des voies biliaires infectées, au cours de la fièvre typhoïde ou du cancer de l'intestin. Le début est insidieux ou latent; la température reste normale ou subit une chute brusque et profonde (2° à 5°); le collapsus mortel apparaît rapidement. La douleur est sourde, circonscrite; les vomissements, espacés, se font sans effort; on constate du météorisme et de la constipation, parfois de la diarrhée. Une ascension thermique peut survenir, mais modérée et fugace. Le malade meurt en un ou deux jours dans l'algidité.

Péritonite aiguë. — Plus commune que la précédente, cette forme reconnaît généralement pour cause : l'ouverture d'un abcès voisin du péritoine; l'invasion de la séreuse, au cours d'une streptococcie ou d'une pneumococcie généralisée; son infection par propagation de foyers viscéraux voisins. La péritonite primitive à pneumocoques de l'enfance appartient à la même série.

Les symptômes de la péritonite suraiguë sthénique se retrouvent ici, mais moins intenses et moins précipités. Le début est rapide, sans être soudain; le frisson et la fièvre devancent parfois la douleur; les vomissements porracés, le météorisme, la constipation, n'apparaissent que quelques heures plus tard. Le point de départ de l'infection correspond au siège primitif de la douleur, qui, même si elle est diffuse d'emblée, ne tarde pas à présenter un foyer maximum caractéristique. Le ballonnement du ventre, la contraction des muscles de la paroi laissent rarement constater une zone d'empatement et de matité, au point primitivement infecté (appendice, utérus ou annexes, vésicule biliaire, etc.).

La maladie évolue en une semaine environ, moins dans les cas voisins de la forme suraiguë; plus, dans ceux qui confluent à la forme subaiguë et guérissent (péritonite à pneumocoques des enfants).

Péritonite subaiguë. — Ces formes, de mêmes causes que la précédente, se traduisent par des douleurs et une fièvre relativement modérées, et évoluent en une ou plusieurs semaines, pour aboutir soit au retour spontané à l'état normal, soit à la chronicité, soit à l'issue du pus hors de la séreuse. Cette dernière conclusion, fréquente chez l'enfant, se produit au bout de 8 à 20 jours, après une recrudescence des symptômes généraux (constipation ou diarrhée; vomissements; fièvre à grandes oscillations) et locaux (sensibilité; empatement phlegmoneux et mat de la région ombilicale). Rouge, tendue et amincie, la paroi abdominale cède, pour donner passage (du 12^e au 35^e jour) à un pus (1 à 3 litres) bien lié et inodore, dans la péritonite pneumococcique. Ces cas guérissent en un mois, par cicatrisation de la fistule. Il peut arriver pourtant que la suppuration persiste, compliquée de fièvre hectique et entraîne la mort en 2 à 4 mois. L'évacuation dans le rectum ou le vagin s'observe également.

Péritonite opératoire ou traumatique. — Une plaie pénétrante de l'abdomen peut provoquer d'abord une péritonite subaiguë généralisée susceptible de se circonscrire secondairement, pour aboutir à la résorption ou à l'évacuation.

Une perforation minime, rapidement aveuglée par des adhérences, peut aussi se traduire par un syndrome atténué de péritonite diffuse, s'éteignant spontanément et rapidement. Le même processus succède parfois aussi à une laparotomie légèrement septique.

Une contusion abdominale, violente et limitée, peut, en provoquant un sphacèle circonscrit de l'intestin, devenir l'origine d'une péritonite subaiguë, générale et tardive, souvent terminée par un phlegmon péritonéal circonscrit qui s'ouvre soit à l'extérieur, soit dans l'intestin. Les accidents éclatent parfois après quelques jours de rémission complète.

Péritonite puerpérale. — L'infection puerpérale n'épargne presque jamais le péritoine, soit que le streptocoque franchisse directement, par les lymphatiques, la paroi de l'utérus malade (péritonite précoce, rapide), soit qu'il pénètre par les trompes (pelvi-péritonite puerpérale). Cliniquement, la péritonite puerpérale est subaiguë, d'abord diffuse, puis à prédominance péri-utérine et péri-annexielle.

Péritonite blennorragique. — Rare, elle peut compliquer l'épididymite blennorragique chez les sujets atteints d'hydrocèle congénitale; chez la femme, elle complique la salpingite blennorragique. Au cours de la blennorragie, la péritonite circonscrite ressortit certainement au gonocoque; l'origine des péritonites diffuses est moins bien connue.

Péritonite septicémique. — La pyohémie secondaire à la variole, à la scarlatine, peut se compliquer de péritonite diffuse subaiguë, sans grande réaction fonctionnelle.

Péritonite des enfants. — Assez fréquente dans l'enfance, la péritonite généralisée y est moins dramatique que chez l'adulte; les vomissements y sont plus espacés et la diarrhée peut remplacer la constipation. La marche est moins rapide, la guérison moins rare, l'ouverture à l'ombilic relativement commune. Chez le nouveau-né, l'érysipèle du cordon peut aboutir à la péritonite aiguë à streptocoques, mortelle.

Péritonite des vieillards. — Rare chez le vieillard, la péritonite aiguë y est insidieuse, peu fébrile, parfois presque latente, aboutissant inopinément à la mort.

Formes suivant la nature microbienne. — La forme suraiguë hypothermique avec collapsus ressortit en général au colibacille et aux espèces saprogènes. Une forme clinique analogue, mais modifiée par la fièvre typhoïde concomitante, est réalisée par le bacille typhique. La péritonite franche hyperthermique relève du streptocoque et du staphylocoque. La péritonite dite primitive et celle qui complique une infection à pneumocoque sera imputée au pneumocoque, surtout chez les filles de 5 à 12 ans; le pronostic en est moins sombre. Mais, la péritonite étant très souvent polymicrobienne, les formes cliniques mixtes sont les plus communes.

Diagnostic. — La confusion avec l'occlusion intestinale est très fréquente, souvent inévitable. Plusieurs signes sont plutôt propres à l'occlusion: fièvre modérée ou nulle; douleur moins vive, procédant par crises de coliques; asymétrie et localisation fréquente du météorisme; absence de toute évacuation, même gazeuse, par l'anus; vomissements fécaloïdes (tardifs).

Les coliques hépatiques et néphrétiques se traduisent par des douleurs à topographie spéciale, sans influence sur le facies, la température, ni l'état général.

La colique de plomb, apyrétique, est soulagée par la pression large et s'accompagne de rétraction abdominale.

Le phlegmon sous-péritonéal, exceptionnel, se reconnaît au siège superficiel de la douleur et de l'empatement; il s'ouvre non pas à l'ombilic, mais autour.

Le péritonisme hystérique peut simuler la péritonite à s'y méprendre. Mais l'état général, le pouls sont relativement peu altérés; la cause des accidents est souvent psychique; les commémoratifs, la recherche des stigmates éclairent le diagnostic.

On attribuait jadis au shock opératoire certaines morts imputables à une septicémie suraiguë; néanmoins, une intervention parfaitement aseptique, même de courte durée, peut être suivie, surtout chez les névropathes, d'angoisse, de palpitations, puis de collapsus graduel. Ces faits sont très difficiles à distinguer de la péritonite vraie.

II. — PÉRITONITES CHRONIQUES

Signes étiologiques. — La tuberculose est la plus fréquente cause de péritonite chronique, mais, en dehors d'elle et des infections péritonéales à début aigu qui prennent ensuite une marche chronique, l'alcoolisme, le saturnisme, les néphrites et les cardiopathies chroniques, la syphilis tertiaire peuvent déterminer, sur le péritoine, des lésions inflammatoires chroniques, attribuables sans doute à l'irritation produite par des agents toxiques et autotoxiques (urémie) mis en circulation dans ces divers processus.

Signes cliniques. — Quand une péritonite aiguë passe à l'état chronique, la fièvre tombe ou ne reparait plus que par accès vespéraux, l'appétit demeure capricieux, les nausées, les alternatives de constipation et de diarrhée, l'endolorissement du ventre, la dysurie, indiquent que les lésions continuent à évoluer sourdement. Sur l'abdomen, encore tuméfié, les zones sonores alternent avec les zones mates (ascite cloisonnée). D'autres fois, l'ascite domine, tantôt exigeant des ponctions répétées, tantôt se résorbant, ou subissant un cloisonnement secondaire. On perçoit quelquefois, à la palpation, des frottements plus ou moins rudes, ou de la crépitation neigeuse. Fréquemment, l'état général s'altère peu à peu; les malades se cachectisent et succombent dans le marasme, après plusieurs mois; à moins qu'un étran-

glement interne (par coudure ou bride) ne hâte la fin. La guérison est également possible, soit par évacuation de l'ascite (à l'extérieur ou dans l'intestin); soit par résorption spontanée; mais le danger d'un étranglement interne subsiste. La mort résulte souvent, du reste, des affections causales (néphrite, cardiopathie, syphilis, alcoolisme, etc.).

Diagnostic. — On reconnaît sans peine une péritonite chronique; mais il est plus difficile de décider si elle est, ou non, tuberculeuse. Quand existe un épanchement, on le soumettra, pour lever les doutes, à l'examen cytologique et bactériologique.

Quand cirrhose atrophique et péritonite chronique coexistent, tantôt l'une des deux l'emporte sur l'autre; tantôt l'association est à peu près égale. Dans le premier cas, pas de difficulté; dans le second, l'alcoolisme est toujours en cause et l'important est d'évaluer le bilan fonctionnel de la cellule hépatique.

L'origine syphilitique d'une péritonite ne peut être déduite que des commémoratifs, des lésions hépatiques et spléniques concomitantes, et de l'épreuve thérapeutique. On reconnaît les autres causes par un examen méthodique des divers appareils.

III. — PÉRITONITES PARTIELLES

Ces péritonites locales sont intimement liées aux lésions des organes qui les déterminent (foie, rate, appendice, utérus et annexes). Leur fréquence est grande, puisqu'elles peuvent résulter de tout traumatisme abdominal et de toute infection frappant l'un de ces viscères. L'appendice, la vésicule biliaire, le bassin de la femme en sont les sièges d'élection. Elles traduisent, par des lésions exsudatives et adhésives, la réaction défensive de la séreuse contre l'infection. La plèvre participe toujours aux péritonites sus-ombilicales, le péricarde plus rarement. Grâce à l'évolution fibreuse des lésions, les viscères sous-jacents sont exposés à rester fixés dans des situations anormales et à s'atrophier; il en résulte des troubles fonctionnels et des accidents variés, tels que : crises douloureuses ou congestives, obstruction intestinale, etc.

IV. — PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Signes étiologiques. — Le bacille de Koch envahit le péritoine, soit par la voie sanguine, dans les septicémies bacillaires (granulie), soit par la voie lymphatique qui l'amène de la cavité pleurale (tuberculose pleurale), des ganglions mésentériques ou iliaques (coxalgie), ou encore des organes génitaux (prostate, trompes, ovaires); soit, plus rarement, par l'intestin, atteint ou non d'entérite tuberculeuse. La misère physiologique, les traumatismes, les hernies, les lésions hépatiques ou génitales chroniques favo-

risent la greffe péritonéale, plus fréquente dans le jeune âge (7 à 12 ans, 20 ans).

Signes cliniques. — *Tuberculose aiguë.* — 1° *Forme miliaire granulique.* — La participation du péritoine à la granulie se traduit par des douleurs abdominales, du météorisme et des vomissements porracés; elle est tantôt prédominante, tantôt très secondaire, masquée par les troubles généraux et l'état typhoïde.

2° *Forme miliaire pleuro-péritonéale.* — Le début de cette granulie atténuée et limitée aux séreuses rappelle celui de la péritonite aiguë franche, par la douleur très vive, les vomissements bilieux, le météorisme, la constipation, le facies grippé, la petitesse du pouls, la fièvre subcontinue (38° 5, 39°). Bientôt se développe une ascite, d'abord légère, mais pouvant devenir très abondante.

L'examen du thorax, motivé par de la toux, de l'oppression et des points de côté, révèle des signes de pleurésie sèche ou d'épanchements asymétriques aux deux bases. Aiguë, cette forme peut tuer en quelques semaines; subaiguë (chez l'adulte), elle entraîne parfois la mort en quelques mois, mais peut aussi passer à l'état chronique ou guérir par évolution scléreuse. Les rechutes sont fréquentes.

Tuberculose chronique. — Les symptômes varient suivant que prédominent : soit l'évolution fibreuse du tubercule et l'ascite, soit le processus ulcéreux et la fonte caséuse. Ces deux modalités peuvent du reste se succéder chez le même sujet.

Forme ascitique. — Cette forme répond à l'ascite idiopathique des anciens médecins, consistant dans le développement lent et apyrétique d'une ascite simple, chez l'enfant ou chez les jeunes filles à l'âge de la puberté. Elle débute par de vagues douleurs abdominales, des nausées, parfois des vomissements, et souvent un peu de fièvre le soir (38°-39°) : la diarrhée, habituelle d'abord, ne tarde pas à faire place à la constipation. Pâle, amaigri, fatigué, l'enfant présente bientôt de l'ascite (libre). On constate souvent, aux bases, des frottements, et même la présence d'un peu de liquide. Au bout de quelques semaines, l'ascite subsiste seule, sujette du reste à des oscillations rapides et considérables. Les petits enfants présentent parfois la *micro-polyadénopathie*. Après quelques mois, l'ascite se résorbe et la guérison survient, assez souvent définitive. Il arrive aussi que la tuberculose continue à évoluer sourdement, sous forme, tantôt fibreuse, tantôt caséuse, et suivant le type clinique correspondant, l'ascite constituant, en ce cas, plutôt une phase de la maladie qu'une forme clinique véritable, et représentant une réaction défensive, inefficace du péritoine. L'ascite des enfants guérit d'emblée (*ascite tuberculeuse bénigne de la seconde enfance, Marfan*). L'ascite de l'adulte fait souvent place à une phase fibreuse également curable.

Forme caséuse ulcéreuse. — Cette forme se développe d'emblée, ou succède à la forme soit ascitique, soit plus rarement fibreuse.

La forme caséuse d'emblée commence insidieusement par des troubles

digestifs vagues : dyspepsie, coliques, nausées, inappétence, alternatives de diarrhée et de constipation. Bientôt apparaît un *météorisme* significatif, seulement après les repas d'abord, puis continu. Pendant les mois que peut durer cet état, le malade change, pâlit et s'affaiblit.

A la période d'état, les précédents troubles s'accroissent, et le météorisme fait place à une *ascite* plus ou moins abondante, généralement cloisonnée. Le ventre est tendu et proéminent; sa peau, blanche, sèche, œdématisée parfois, laisse apercevoir un réseau veineux superficiel, surtout développé à l'hypogastre. Le *palper* est peu ou pas douloureux; la *percussion* permet de constater : des zones mates et sonores fixes, distribuées sans règle, et l'absence des signes classiques de l'ascite libre. Quand le liquide a disparu, spontanément ou non, la palpation procure l'impression d'une *pâte résistante*, d'un *ventre de cadavre*. Les doigts perçoivent : de petits gargouillements; au voisinage de l'ombilic, de la crépitation amidonnée; plus profondément, des *plaques* fermes, irrégulières et, surtout dans les fosses iliaques, des *gâteaux péritonéaux* répondant à des masses caséuses ou néo-membraneuses. Induré et épaissi, le grand épiploon forme souvent une corde transversale très nette. Rare, la *douleur* prend parfois naissance quand la main, après avoir déprimé lentement l'abdomen, est brusquement retirée (décompression brusque). Les malades accusent aussi des *coliques* passagères, des irradiations douloureuses lombo-abdominales ou sciatiques, surtout au moment des règles. A cette période, la constipation alterne avec la diarrhée; l'appétit est irrégulier; des vomissements surviennent de temps en temps. Le malade en même temps s'affaiblit et maigrit, prend un faciès pâle, terreux et jaunâtre; son pouls est petit et sa température subit de fréquentes ascensions vespérales (38°, 5-39°) suivies de sueurs profuses.

La *mort*, quand elle se produit, résulte : des progrès de la cachexie, d'une généralisation tuberculeuse ou d'une complication. La *guérison* succède soit à l'ouverture du foyer caséux dans l'intestin, soit à son évolution fibreuse.

Forme fibreuse. — Elle est tantôt primitive, tantôt secondaire à l'une des formes précédentes. Primitive, elle se traduit d'abord par un peu de fièvre et de dyspepsie intestinale, puis par du météorisme faisant place peu à peu à une ascite qui finit par se résorber pour laisser du frottement et des *gâteaux péritonéaux*; la rétraction abdominale exprime l'adhérence des anses intestinales entre elles, avec la paroi et les viscères voisins. Les mouvements, surtout l'extension du tronc, deviennent douloureux; aussi le sujet garde-t-il souvent l'attitude courbée. Pourtant, la fièvre fait défaut et l'état général est satisfaisant. Ces malades peuvent guérir, tantôt pour un temps, jusqu'à récidive, tantôt définitivement, quelquefois grâce à une intervention chirurgicale. Cette forme peut aussi évoluer vers la caséification et l'ulcération, ou aboutir à la généralisation tuberculeuse.

Péritonites locales. — Il est des péritonites locales tuberculeuses, caséuses ou fibreuses, suppurées ou non, dont les symptômes varient avec le siège; tels sont : la *périhépatite*, la *pérityphlite*, la *mésentérite*, la *péritonite herniaire*, la *pelvipéritonite tuberculeuse*, etc.

Complications. — La péritonite tuberculeuse est sujette à de nombreuses complications ayant pour origine la bacillose, le processus caséo-ulcéreux ou l'évolution fibreuse.

Diffusion bacillaire. — L'infection bacillaire peut se propager aux plèvres, aux poumons, à l'appareil génito-urinaire, à l'intestin ou aux méninges (méningite tuberculeuse).

Caséification et ulcération. — Des *collections purulentes*, tuberculeuses ou non, résultent surtout des péritonites partielles. Entourant le foie, les organes génitaux ou l'appendice, elles sont dénoncées par une fièvre à grandes oscillations jointe aux signes d'un phlegmon profond, et s'ouvrent soit dans l'intestin, l'utérus ou le vagin; soit au dehors, dans la fosse iliaque, à l'ombilic ou dans l'hypocondre. Il en résulte des *fistules* : *intestinales* (selles purulentes), *duodéno-coliques* (lientérie), *intestino-vésicales* (communication de l'intestin avec la vessie, le vagin) ou *cutanées*; ces dernières souvent compliquées de *phlegmon stercoral* péri-ombilical rapidement mortel. Dans tous ces cas, la septicémie et l'hecticité entraînent une cachexie mortelle, à moins d'intervention chirurgicale.

Évolution fibreuse. — De la rétraction des brides fibreuses, résultent alors la *compression* : des nerfs (névralgies sciatique, crurale), des veines (thrombose, œdème des membres inférieurs), des voies biliaires (ictère), de la vessie (dysurie) ou de l'utérus (douleurs, dysménorrhée); et l'*atrophie* : du foie (cirrhose), de la rate ou de l'intestin; cette dernière, cause possible d'étranglement interne par coudure ou bride. L'*occlusion intestinale* reconnaît plusieurs mécanismes : tantôt *aiguë*, par paralysie intestinale (granulie) ou étranglement interne; tantôt *chronique* et intermittente, par agglutination des anses intestinales, à une phase avancée de la forme fibreuse. En pareil cas, alternent la constipation, accompagnée de météorisme et de vomissements, et les débâcles; cela jusqu'à obstruction totale et définitive.

Évolution. — La péritonite tuberculeuse aiguë tue en quelques semaines; la forme pleuro-péritonéale subaiguë, un peu moins vite. Les formes chroniques mortelles durent plusieurs mois. Les variétés ascitique et fibreuse sont plus lentes. La tuberculisation des autres organes, les scléroses viscérales, l'occlusion intestinale, peuvent toujours hâter la terminaison. La guérison est pourtant possible, fréquente même, mais seulement chez les jeunes sujets, quand les lésions sont limitées ou cantonnées au péritoine, et que prédomine leur tendance à l'évolution fibreuse.

Diagnostic. — Le diagnostic peut être très facile ou très discutable, prêtant alors à des confusions variées :

La forme pleuro-péritonéale subaiguë peut en imposer pour une *fièvre typhoïde*; celle-ci en diffère pourtant par la lenteur de son début, la diarrhée et les taches rosées; par la marche cyclique de la fièvre et l'absence d'ascite.

La péritonite tuberculeuse aiguë ne sera pas confondue avec la *péritonite aiguë septique*, qui présente un début brusque et solennel, une fièvre et des

douleurs plus vives, une évolution plus rapide; ni avec la *carcinose miliaire aiguë du péritoine* (voy. plus loin).

La forme chronique est difficilement confondue avec la *péritonite chronique non tuberculeuse*, type rare, associé non à une autre tuberculose viscérale, mais à une néphrite, à une cardiopathie ou à l'alcoolisme, qui, du reste, engendre souvent aussi la péritonite tuberculeuse.

La forme ascitique par contre rappelle souvent beaucoup la *cirrhose atrophique*. Quand celle-ci est typique, le foie est atrophié et la rate grosse; l'ascite, mobile et récidivante, coïncide avec un réseau veineux surtout sus-ombilical; il n'y a ni fièvre, ni tuberculose pleuro-pulmonaire. Mais, à vrai dire, la tuberculose se greffe souvent sur la cirrhose, dont le syndrome se complique alors de fièvre, de douleurs abdominales et de pleurésie des bases.

Les *hépatites tuberculeuses et alcooliques* peuvent compliquer et masquer la péritonite tuberculeuse; leur diagnostic repose sur l'atrophie ou l'hypertrophie du foie, sur le syndrome clinique et urologique de l'insuffisance hépatique.

La *syphilis du foie et du péritoine*, qui pourrait en imposer pour une péritonite tuberculeuse, sera dépistée grâce aux commémoratifs, aux stigmates cutanés ou autres, à l'apyrexie et à l'épreuve thérapeutique.

Les *grands kystes abdominaux* (hydatiques ou ovariens) simulent parfois, à s'y méprendre, une ascite cloisonnée. Ils en diffèrent par la longue intégrité de l'état général et par l'habituelle apyrexie.

L'*origine néoplasique* de l'ascite est reconnaissable à ses caractères propres (voy. *Ascite*).

Les *adénopathies tuberculeuses du mésentère (carreau)*, compliquées, en général, de péritonite, se développent chez les enfants dits lymphatiques.

L'hésitation est rarement permise entre une *grossesse* et une péritonite tuberculeuse, l'association des deux états est pourtant possible.

Le *ventre rachitique* est globuleux, mou, pâteux, contrairement à celui de la péritonite, qui est ovalaire, tendu, rénitent. La *dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons* et des jeunes enfants se traduit par un gros ventre tympanique rappelant le ventre rachitique.

Le *ventre tympanisé* est partout également sonore et élastique.

Le *péritonisme hystérique*, apyrétique, capricieux, illogique, coïncide avec les stigmates de la névrose.

Le diagnostic avec le cancer du péritoine sera étudié au chapitre suivant.

L'examen bactériologique de l'épanchement, quand il est possible; au besoin, l'épreuve de la tuberculine, donneront une plus grande rigueur au diagnostic.

V. — CANCER DU PÉRITOINE

Signes étiologiques. — Exceptionnellement primitif, le cancer du péritoine est bien plus souvent secondaire: soit à une tumeur de l'un des viscères abdominaux, par propagation; soit à un néoplasme éloigné, par géné-

ralisation. La carcinose miliaire aiguë succède probablement toujours à une inoculation brusque et massive de la séreuse.

Signes cliniques. — La péritonite cancéreuse est aiguë ou chronique. *Aiguë*, elle tue en quelques semaines avec de la fièvre et des troubles nerveux, sans signes abdominaux. *Chronique*, elle se traduit par de l'ascite et une cachexie rapide. Au début, on note: de l'anorexie, des alternatives de diarrhée et de constipation, puis des douleurs abdominales et des vomissements. Le malade maigrit, son ventre se météorise, puis est envahi par une ascite, souvent abondante, habituellement hémorragique et cloisonnée. Après la ponction, des tumeurs ou des plaques caractéristiques deviennent accessibles au palper. On peut constater: des signes de compression, de péritonite secondaire; des adénopathies cancéreuses cervicales, inguinales ou trachéo-bronchiques. En quelques semaines ou quelques mois, les progrès de la cachexie sont très rapides et entraînent finalement la mort dans le marasme.

Évolution. — La forme aiguë tue en quelques semaines, avant que le diagnostic clinique ait pu être posé.

La forme chronique, apyrétique et progressive, présente une durée qui varie de un mois à un an, abrégée quelquefois par une complication; péritonite par perforation, pneumonie, cancer pleuro-pulmonaire, embolie, etc.

Diagnostic. — L'obscurité du début, la prédominance des troubles viscéraux le rendent fréquemment hésitant. Les signes rappellent parfois ceux de la *péritonite tuberculeuse*; mais celle-ci, fébrile, frappe des sujets jeunes porteurs de foyers tuberculeux primitifs; évolue lentement, sans grande douleur, avec des rémissions. Sa forme aiguë est cependant presque inévitablement confondue avec la carcinose miliaire aiguë. Le cancer du péritoine prête encore à confusion avec les *kystes abdominaux* (ovaire, hydatides); mais l'indolence de ces derniers, la lenteur de leur marche, la longue intégrité de l'état général ne permettent pas une longue erreur.

L'ascite sanglante n'indique pas toujours un cancer du péritoine, puisqu'elle peut ressortir à la tuberculose, au mal de Bright, à une cirrhose ou à une tumeur abdominale. Cliniquement, il est impossible d'affirmer qu'un cancer du péritoine est primitif.

VI. — ASCITE

Signes cliniques. — Ascite (*ασκος*, outre) signifie épanchement de sérosité dans la cavité péritonéale. Suivant la cause de l'épanchement, le liquide présente des caractères très variables.

Signes physiques. — Le début est tantôt soudain, tantôt lent et insidieux. Le ventre est volumineux et saillant, tombant quand le malade est debout, large et étalé (*ventre de batracien*) quand il est couché. La peau en