

trouve une bride, une coudure, une paralysie de l'intestin, un semis de granulations tuberculeuses surtout sur le feuillet pariétal du péritoine. » Tout ceci nous prouve, une fois de plus, que les péritonites tuberculeuses *latentes* sont loin d'être rares pendant la première phase de leur évolution.

Les symptômes de l'occlusion brusque sont l'arrêt complet des matières et des gaz, le ballonnement du ventre, les vomissements de toute nature y compris les vomissements fécaloïdes, les douleurs abdominales, l'abaissement de la température. Néanmoins le tympanisme abdominal et les vomissements fécaloïdes peuvent manquer si l'occlusion intestinale siège très haut, au duodénum par exemple, comme dans un cas de Lejars.

L'occlusion intestinale à *forme lente* s'observe surtout quand la péritonite tuberculeuse est confirmée; elle se fait par poussées, par étapes; elle débute par la constipation, elle continue par le tympanisme; elle subit un temps d'arrêt, à chaque nouvelle poussée; la situation s'aggrave, et l'occlusion se complète. Cette forme lente est presque toujours due à l'agglutination d'un paquet intestinal, elle offre donc bien moins de chance à l'opérateur que la variété précédente.

Diagnostic. — Le *diagnostic* de la péritonite tuberculeuse chronique est fort difficile au début, il est encore fort difficile plus tard, lorsque les parois abdominales se déforment, lorsque les indurations apparaissent, avec ou sans épanchement ascitique. Parfois, la péritonite tuberculeuse est si insidieuse à son début, le sujet chez lequel elle se développe semblait jouir d'une telle santé, les poumons paraissaient en si bon état, qu'on ne peut se résoudre à admettre l'existence d'une péritonite tuberculeuse.

On verra plus loin, au sujet des kystes hydatiques du péritoine, que le diagnostic avec la péritonite tuberculeuse est parfois fort difficile.

On ne confondra pas la péritonite chronique tubercu-

leuse avec la péritonite des alcooliques¹, avec les très rares péritonites des brightiques².

Lorsque l'épanchement est abondant, on peut croire à une ascite symptomatique d'une *cirrhose atrophique* du foie. Mais dans la cirrhose, l'ascite n'est pas cloisonnée, la fluctuation n'est pas limitée, la circulation collatérale est développée, le foie est petit, la rate est hypertrophiée; d'autre part, dans la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse, l'épiploon induré et revenu sur lui-même donne parfois la sensation d'une corde tendue transversalement dans la région ombilicale (Aran). Enfin, il faut savoir que péritonite tuberculeuse et tuberculose cirrhotique du foie peuvent coïncider. Dans ce cas le diagnostic est particulièrement difficile (Hanot)³.

Dans la forme sèche de la maladie, les paquets de fausses membranes, ou les amas d'anses intestinales agglutinées, peuvent simuler une tumeur solide, un kyste de l'ovaire par exemple. Le diagnostic avec un kyste ovarique, en général aisé, est dans certains cas entouré des plus grandes difficultés. Il suffit de rappeler à ce propos le cas célèbre de Spencer Wells, qui, pratiquant une laparotomie pour un kyste de l'ovaire, trouva une péritonite tuberculeuse; on évacua le liquide, la plaie fut suturée et la malade guérit.

Le diagnostic doit être fait avec le cancer du péritoine. Dans ce dernier cas, la teinte jaune paille est caractéristique, les ganglions inguinaux sont très souvent développés, les douleurs abdominales sont vives, et s'il survient un épanchement, il est habituellement hémorragique.

Étiologie. — La péritonite tuberculeuse frappe principalement les enfants entre six et douze ans ainsi que les jeunes gens; elle n'est pas rare chez l'adulte, surtout chez les jeunes soldats; elle est exceptionnelle chez le vieillard.

1. Leudet. Lésions du péritoine chez les alcooliques. *Gaz. hebdom.*, 1879.

2. Delpeuch. Péritonites chroniques dites simples. *Arch. de méd.*, janvier 1834.

3. Voyez le chapitre consacré à la tuberculose du foie.

La misère, le surmenage, une alimentation insuffisante, les traumatismes de la région abdominale (cas de Broussais, de Cruveilhier, de Gérard Marchand), les refroidissements, l'alcoolisme, sont autant de causes favorisant l'éclosion de la maladie.

La péritonite tuberculeuse est due au bacille de Koch. Mais comment le bacille tuberculeux arrive-t-il dans le péritoine?

Lors de la discussion que j'ai entreprise à ce sujet, dans mon cours à la Faculté, je suis arrivé aux mêmes conclusions que Marfan : il semble au premier abord que les ulcérations tuberculeuses de l'intestin soient la voie la plus naturelle ouverte au développement de la péritonite tuberculeuse, cette opinion a été soutenue par beaucoup d'auteurs (Grancher, Kœnig), et cependant je ne peux adopter cette pathogénie. Pour si paradoxale que semble cette assertion, je pense que ce n'est pas dans les lésions tuberculeuses de l'intestin que la péritonite tuberculeuse puise ses origines.

En effet, que nous enseigne la clinique? Elle nous enseigne qu'on peut voir un bon nombre de malades atteints de péritonite tuberculeuse qui ne présentent aucun des symptômes de l'entérite tuberculeuse; et par contre on voit un bon nombre de phthisiques atteints d'entérite tuberculeuse qui ne sont nullement atteints de péritonite.

Que nous enseigne l'anatomie pathologique? Elle nous enseigne que le plus grand nombre des phthisiques qui succombent avec des ulcérations tuberculeuses intestinales, n'ont ni péritonite généralisée, ni péritonite partielle; on trouve bien au niveau de leurs ulcérations tuberculeuses intestinales, des traînées de lymphangite tuberculeuse, on trouve bien, des chaînes de ganglions mésentériques volumineux, caséux, mais de péritonite point, ou du moins on ne constate que des ébauches insignifiantes de péritonite. En faveur de cette assertion, je ne connais pas de plus puissant argument que le travail de Tchistovitch. Dans son mémoire sur la tuberculose intestinale de l'homme, Tchis-

tovitch¹ ne s'occupant nullement de tuberculose péritonéale, recherche comment se fait l'infection intestinale et comment s'opère la migration des bacilles tuberculeux à travers les parois intestinales, en suivant la voie des lymphatiques. Or, en lisant la relation des dix autopsies sur lesquelles est basé ce travail, je vois que sur ces dix cas, sept fois, l'intestin (iléon, cæcum, gros intestin) était le siège d'ulcérations tuberculeuses profondes, étendues, serpiginieuses, et justement dans ces sept cas, en apparence favorables au développement d'une péritonite tuberculeuse, la péritonite faisait absolument défaut, tandis que dans les trois autres cas où l'on ne constatait aucune lésion tuberculeuse de l'intestin, il y avait péritonite tuberculeuse; il est vrai que dans ces trois derniers cas, on constatait également de la pleurésie tuberculeuse (tuberculose pleuro-péritonéale).

De l'examen attentif de ces dix autopsies je tire donc les conclusions suivantes : La péritonite tuberculeuse chronique n'est pas engendrée par la tuberculose intestinale, le processus qui lui donne naissance suit un autre chemin, c'est le plus souvent le chemin des tuberculoses pleuro-péritonéales, de séreuse à séreuse, de plèvre à péritoine, par voie lymphatique à travers le diaphragme.

Traitement. — Il est une notion dont il faut se bien pénétrer, c'est que la péritonite chronique tuberculeuse, surtout quand elle est primitive, guérit assez souvent, sans intervention chirurgicale, par l'hygiène et par les soins médicaux (suralimentation, injections de cacodylate de soude, etc.). Et quand je dis que la péritonite chronique tuberculeuse est assez souvent curable par les moyens médicaux et hygiéniques, je ne fais pas seulement allusion aux péritonites à forme ascitique, beaucoup plus communes et beaucoup plus bénignes chez les jeunes sujets de la seconde enfance, je fais également allusion à ces péritonites tuberculeuses des adultes présentant, outre le liquide péritonéal, des lésions fibro-caséuses de l'épiploon et du mésentère,

1. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1889, p. 209.

des épaisissements péritonéaux, des agglutinations intestinales. Bon nombre d'observations de ce genre ont été publiées. Nous en avons tous constaté. Je me rappelle un officier de cavalerie atteint de péritonite chronique tuberculeuse avec abcès péritonéal et fistule pyo-stercorale périmbilicale qui a complètement guéri. Nous avons vu, il y a quelques années, avec Berger et Barth une jeune fille atteinte de péritonite chronique tuberculeuse avec gâteau péritonéal et fausse fluctuation dans la fosse iliaque droite, chez laquelle toutes ces lésions ont abouti à la guérison sans aucune intervention chirurgicale. Je donne mes soins depuis deux ans à une jeune femme atteinte de péritonite chronique tuberculeuse, chez laquelle les soins hygiéniques, l'huile de foie de morue à très forte dose, les bains salés et une suralimentation ont amené une amélioration et une guérison actuellement définitive. J'ai vu avec Hammonie une jeune fille atteinte de péritonite chronique tuberculeuse, à forme fébrile, à pronostic fort grave, qui est actuellement en pleine convalescence. C'est donc un fait acquis, et bien intéressant, que les différentes variétés de péritonite chronique tuberculeuse peuvent guérir sans opération.

Mais dans d'autres circonstances l'intervention chirurgicale est indiquée. Cette question a été bien discutée par Legueu¹, à qui j'emprunte les conclusions suivantes : La forme *ascitique* des péritonites tuberculeuses chronique et subaiguë est naturellement celle où l'on obtient les meilleurs résultats : chez l'enfant au-dessous de quinze ans, 40 opérations ont donné 55 guérisons, dont 4 constatées après un an, 1 après deux ans et 2 après quatorze ans. Chez l'adulte on a obtenu, sur 151 cas, 99 guérisons dont 56 persistaient après un an et 25 après plus de deux ans. Sur la totalité des guérisons (enfants et adultes) la récidive a été observée 17 fois.

La forme fibro-caséuse de la péritonite chronique tuber-

1. Legueu. *La Semaine médicale*, 1894, p. 67.

culeuse se prête moins à l'intervention chirurgicale. Sur 22 malades opérés, 15 ont guéri et plusieurs fois la guérison s'est fait attendre avec un reliquat de fistule stercorale. La forme scléro-adhésive a permis d'obtenir la guérison dans un tiers des cas en moyenne.

En résumé, l'intervention chirurgicale, quand les cas sont bien choisis, quand les indications sont nettement posées, donne des succès fort encourageants et permet de sauver des gens voués à la mort. Mais il est des cas dans lesquels la laparotomie n'est pas indispensable, et la ponction du péritoine suivie d'injections de différente nature a donné de très bons résultats. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les discussions de la Société médicale des hôpitaux.

En 1890, Debove¹ rapporte une observation de péritonite tuberculeuse guérie par la ponction et par l'injection de deux litres d'eau bouillie saturée d'acide borique. En 1895, Rendu² rapporte un cas de tuberculose péritonéale guérie par des injections de naphthol camphré. En 1895, Caubet³ obtient la guérison au moyen d'une injection et d'un lavage avec dix litres d'eau stérilisée portée à la température de 46 degrés. D'une façon générale, je dirai qu'il faut se méfier des injections *médicamenteuses* faites dans le péritoine.

§ 4. PÉRITONITE PRIMITIVE A PNEUMOCOQUES ASSOCIATION DU COLIBACILLE

La *péritonite pneumococcique* est presque toujours *primitive*, surtout chez les enfants; ce qui veut dire qu'elle éclate en pleine santé chez des sujets qui n'avaient, en apparence du moins, aucune autre infection à pneumocoques. La forme

1. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 10 octobre 1890.

2. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 27 octobre 1895.

3. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 20 décembre 1895.