

CHAPITRE VI

MALADIES DU PÉRITOINE

§ 1. QUELQUES MOTS D'INTRODUCTION
A L'ÉTUDE DES PÉRITONITES

En quelques années, un changement radical s'est accompli dans l'étude des péritonites. Du chaos péritonéal se sont dégagés des types nettement déterminés qui ont pris leur place dans le cadre nosologique et qui se sont substitués aux errements du passé.

L'ancienne classification des péritonites comportait deux groupes : d'une part, les péritonites secondaires; d'autre part, la péritonite dite primitive ou idiopathique. Au nombre des causes capables d'engendrer les péritonites secondaires, figuraient toutes les perforations, estomac, intestin, voies biliaires; les lésions de l'utérus et des annexes, l'infection puerpérale, la tuberculose, le cancer, etc. Quant à l'une des péritonites secondaires, la plus fréquente de toutes, la péritonite appendiculaire, son existence et sa pathogénie étaient inconnues. Le cæcum concentrait alors toute l'attention; Grisolles écrivait sur la typhlite, la péri-typhlite et le phlegmon iliaque un long chapitre qui eut son heure de succès, mais l'appendicite, cause de tout le mal, et la péritonite appendiculaire y étaient passées sous silence. Quelques lignes à peine, concernant les perforations de l'appendice par corps étrangers, étaient relégués au chapitre des perforations intestinales¹. Et c'était tout; voilà où en était la question.

1. Grisolles. *Pathologie interne*, t. II, p. 408.

Au groupe disparate des péritonites secondaires, on opposait la péritonite dite primitive, ou idiopathique, que certains auteurs croyaient être *a frigore*, et que Grisolles¹ avait nommée « péritonite aiguë simple »; c'est elle qui servait de modèle et de type à la description classique de la péritonite; elle était « la péritonite aiguë » sans autre désignation.

Or, cette péritonite dite simple ou idiopathique n'existe pas. D'abord bon nombre de péritonites jadis nommées idiopathiques sont, en réalité, des péritonites appendiculaires. Nous savons maintenant comment la toxi-infection élaborée en cavité close peut traverser les parois de l'appendice et déterminer une péritonite aiguë sans perforation apparente. Ces notions étaient autrefois inconnues; on constatait une péritonite et on la qualifiait de péritonite simple ou idiopathique parce que le foyer originel appendiculaire passait inaperçu.

On mettait encore à l'actif de la péritonite simple aiguë les infections péritonéales qui sont étiquetées aujourd'hui sous le nom de péritonites pneumococcique et streptococcique primitives, cette épithète de « primitive » s'appliquant aux cas où la porte d'entrée de l'agent infectieux reste ignorée.

De tout ceci, il résulte qu'on ne peut plus consacrer aujourd'hui un chapitre à la description en bloc de la péritonite aiguë; ce chapitre doit être démembré suivant l'origine des péritonites aiguës, car chacune de ces péritonites peut présenter un tableau clinique qui est différent suivant les causes qui lui ont donné naissance. En voici quelques exemples :

Infection péritonéale puerpérale. — La cavité utérine, à l'état normal, ou après l'accouchement, ne contient pas de microbes; par conséquent, les agents habituels des péritonites puerpérales, le streptocoque, le coli-bacille, ou autres microbes, doivent avoir été transmis à la femme par l'accoucheur, par la garde-malade, par les instruments, par les

1. Grisolles. *Pathologie interne*, t. I, p. 568.

linges, par les objets de pansement, par les manœuvres abortives ou par un érysipèle. Une fois dans la place, les microbes suivent 11 fois sur 12 (Widal) la voie des vaisseaux lymphatiques et, dans quelques cas, la voie muqueuse de la trompe. Cette variété d'infection péritonéale est devenue extrêmement rare.

Au nombre des péritonites spéciales à la femme et aux petites filles (vulvo-vaginite blennorrhagique), je citerai les inflammations consécutives aux *salpingites suppurées*. La péritonite *blennorrhagique* a été nettement démontrée dans la remarquable thèse de mon élève Charrier¹. Cette péritonite éclate d'habitude par une douleur atroce dans le bas-ventre (cri d'alarme de Bernutz). Ce début coïncide souvent avec la fin des premières règles qui suivent l'infection de l'utérus par le gonocoque. Outre les symptômes habituels de la péritonite, on perçoit par l'examen local l'empatement des culs-de-sac et l'immobilité des organes pelviens comme fixés au milieu d'adhérences. Cette périméto-salpingite dont le pronostic est bénin, quant à la vie, est une cause possible de stérilité (Charrier). La vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles est également une cause de péritonite². La description détaillée de la péritonite blennorrhagique sera faite au chapitre concernant la blennorrhagie.

Péritonites appendiculaires. — J'ai si longuement étudié les péritonites appendiculaires au chapitre de l'appendicite, que je me contente de les signaler ici. Péritonites généralisées, péritonites partielles, abcès péritonéaux à distance, tout se voit au cours de l'appendicite, que l'appendice soit ou non perforé. J'en ai expliqué le mécanisme en étudiant la *cavité close* appendiculaire.

Infection péritonéale par perforations d'organes. — Dans ce groupe rentrent les péritonites consécutives au traumatisme, à la perforation de l'estomac (ulcère simple), à la perforation de l'intestin (ulcus du duodénum, ulcérations

1. De la péritonite blennorrhagique chez la femme. Paris, 1892.

2. Rousseau. Th. de Bordeaux, 1899.

typhoïdes et tuberculeuses). Je me contente de signaler ici ces péritonites; on en trouvera l'étude détaillée aux chapitres concernant l'ulcère de l'estomac, l'ulcère du duodénum, la fièvre typhoïde, etc.

Dans ce groupe rentrent les péritonites consécutives à la perforation des *voies biliaires*. La bile par elle-même est inoffensive et stérile¹ et le passage de la bile aseptique dans le péritoine ne détermine pas de péritonite, mais une péritonite aiguë se déclare si la bile était contaminée de microbes pathogènes (rupture de la vésicule biliaire ou du canal cholédoque, obturation calculueuse).

Même remarque pour l'*urine*. L'urine physiologique est inoffensive pour le péritoine comme pour tous les tissus, parce qu'elle ne contient pas de microbes, mais que les voies urinaires soient infectées par le streptocoque ou par le coli-bacille et la perforation de la vessie, du bassinnet, sera suivie de péritonite.

Infection péritonéale tributaire de collections purulentes. — A cette catégorie appartiennent les péritonites consécutives au voisinage ou à la rupture des suppurations péri-rénales (Albarran), des abcès du foie, des phlegmons iliaques, des phlegmons de la paroi abdominale, des pleurésies purulentes, etc.

Péritonites primitives. — Nous décrirons aux chapitres suivants les péritonites *primitives pneumococcique* et *streptococcique*.

Anatomie du péritoine. — Je crois utile de rappeler sommairement quelques *notions anatomiques* dont la connaissance est indispensable à l'étude des maladies du péritoine.

Comme toute séreuse, le péritoine présente un feuillet *pariétal* et un feuillet *viscéral*. Le feuillet *pariétal* est plus résistant et plus épais; il est doublé d'un tissu cellulaire qui joue un rôle important dans certaines régions. Ce tissu cellulaire est lâche à la paroi abdominale antérieure, où il constitue le *fascia propria*; il est abondant au niveau des

1. Dupré. Les infections biliaires. Th. de Paris.

fosses iliaques et du petit bassin, où il s'enflamme assez facilement; plus abondant encore au niveau des reins, où son inflammation constitue la *périnéphrite*. Le feuillet pariétal se sépare assez facilement du diaphragme, et plus aisément des autres régions que je viens d'énumérer.

Le péritoine *viscéral* est mince et transparent : il est si intimement uni à certains viscères (rate, foie, ovaire) qu'il fait pour ainsi dire partie de leur structure; ailleurs il est séparable en un mince feuillet (estomac, intestins).

Le péritoine forme dans la cavité abdominale trois espèces de replis :

1° Il y a des replis qui vont des parois postérieures de l'abdomen aux organes digestifs; on leur a donné le nom de l'organe auquel ils s'insèrent, en le faisant précéder du mot *méso*. Ainsi ont été créées les dénominations de *méso-côlon*, *méso-rectum*, *mésentère*.

2° Il y a des replis qui vont des parois de l'abdomen aux organes autres que le tube digestif; on leur a donné le nom de ligaments : ligament *coronaire*, ligaments *triangulaires* droit et gauche qui vont au foie, *ligaments larges* qui vont à l'utérus.

3° Il y a des replis qui s'étendent d'un viscère à un autre viscère; ils sont au nombre de trois et se nomment *épiploons* (*επι πλέω*, je flotte au-dessus). Ce sont : le petit épiploon ou épiploon *gastro-hépatique*, qui rattache l'estomac au foie; le grand épiploon ou épiploon *gastro-colique*, qui rattache l'estomac au côlon transverse; l'épiploon *gastro-splénique*, qui va de l'estomac à la rate.

Tous les replis du péritoine sont formés par les deux feuillets de la séreuse adossés. Entre les feuillets il y a du tissu cellulo-graisseux dans lequel rampent les vaisseaux et les nerfs.

A l'état normal, la cavité péritonéale ne contient *aucun* *microbe*.

Ces quelques notions étant posées, jetons un coup d'œil d'ensemble sur les péritonites.

Description. — Les symptômes des péritonites étant dif

férents suivant la cause qui leur a donné naissance, j'ébaucherai trois types principaux qui répondent à peu près aux tableaux cliniques des péritonites aiguës.

a. Dans un premier type, la péritonite éclate brusquement; elle est aiguë ou même suraiguë; elle succède à un traumatisme, à la perforation d'un organe (ulcère de l'estomac, du duodénum), à l'ouverture d'une poche purulente, à la rupture du bassin ou de la vessie, à l'appendicite perforée. Une douleur violente, avec ou sans frissons, ouvre la scène; la *douleur*, d'abord localisée, s'étend rapidement à tout l'abdomen; elle est aiguë, parfois terrible; le moindre mouvement, le contact des couvertures, la toux, le hoquet, le vomissement, les contractions intestinales, tout exaspère la douleur.

En peu de temps, le ventre est tendu, ballonné, et le *météorisme* devient excessif. Au début cependant, le ventre est *plat*, dur, tendu, les muscles sont contracturés. Le *hoquet* est fréquent, les *vomissements* se répètent à intervalles plus ou moins rapprochés; les matières vomies sont d'abord muqueuses, puis elles deviennent bilieuses, et le malade vomit, au milieu d'efforts et de terribles souffrances, des jets de liquide amer et verdâtre (*vomissement porracé*). La *constipation* est la règle, la *dysurie* est fréquente, les urines sont rares.

Parfois la fièvre est vive, parfois aussi la température tombe au-dessous de la normale. Du liquide en quantité variable s'accumule dans le péritoine.

Les *symptômes généraux* acquièrent rapidement une notable intensité; dès le deuxième, troisième jour, le pouls devient très fréquent, filiforme, la langue est sèche et fendillée, la soif est vive; la face est amaigrie, grippée, le nez est froid et effilé, les yeux sont excavés, la prostration est excessive, les extrémités se refroidissent, la respiration est courte et saccadée, la voix grêle, cassée, le collapsus est imminent.

Tous ces symptômes s'accroissent, excepté la douleur qui s'amende ou qui disparaît. Les malades ayant conservé leur

intelligence se félicitent de cette disparition de la douleur, mais habituellement cette accalmie est le prélude de la mort, et les malheureux, suivant l'expression de Grisolles, meurent en parlant. Dans cette variété de péritonite, la guérison est l'exception (à moins que la chirurgie n'intervienne rapidement); la mort peut survenir dès le premier, deuxième, troisième jour (péritonite par perforation); en tout cas, il est rare qu'elle ait lieu avant le sixième ou septième jour. Dans quelques circonstances, surtout chez les enfants (péritonite pneumococcique), une phase lente fait suite au début brusque, et souvent la suppuration péritonéale se fraye une issue à travers la cicatrice ombilicale : la guérison peut en être la conséquence.

b. Dans un deuxième type, il s'agit bien encore de péritonite aiguë diffuse, mais l'accident se déclare chez des sujets déjà malades, atteints, par exemple, de fièvre typhoïde. En pareil cas, surtout chez les typhiques, les symptômes de péritonite sont peu accusés, les réactions sont moins vives, la douleur, le hoquet, les vomissements n'ont pas l'intensité que nous avons observée dans le type précédent; la chute brusque de la température et l'hypothermie sont fréquentes et le météorisme abdominal est très accentué.

c. Dans un troisième type, les différents symptômes de la péritonite aiguë sont moins accusés, et ce qui domine c'est l'état général du sujet, c'est la tendance rapide à l'algidité, au collapsus, à la syncope (péritonite primitive streptococcique).

Péritonites partielles. — Les péritonites partielles ont pour siège de prédilection les fosses iliaques, la région sous-phrénique et la région péri-utérine. Elles n'ont ni l'acuité, ni l'intensité, ni la gravité des péritonites généralisées. Elles aboutissent souvent à une formation purulente dans l'une des régions que je viens de signaler. Le palper abdominal, le toucher vaginal et rectal aideront au diagnostic de ces péritonites partielles. On trouvera la description de ces péritonites partielles, enkystées, aux chapitres concernant l'Appendicite et l'Ulcère simple de l'estomac.

Péritonites chroniques. — La péritonite généralisée ne passe pas à l'état chronique; la chronicité s'observe avec les péritonites partielles (adhérences, indurations, abcès) et avec les péritonites tuberculeuses et cancéreuses, que nous étudierons dans les chapitres suivants.

Je renvoie au chapitre de l'Appendicite pour ce qui concerne les péritonites appendiculaires qui, de toutes, sont les plus fréquentes.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie d'un individu mort de péritonite aiguë, on trouve le péritoine injecté, épaissi, infiltré de pus. L'infiltration fibrino-purulente existe dans les mailles du grand épiploon et des mésos, dans le tissu conjonctif de la séreuse et sa surface. Des adhérences fibreuses se produisent rapidement entre les anses intestinales, entre les différents organes de l'abdomen et entre le feuillet pariétal et le feuillet viscéral. Le grand épiploon est épaissi, vascularisé, adhérent à l'intestin et à la paroi abdominale. Les fausses membranes sont fibreuses, molles, infiltrées de pus. Les anses intestinales sont distendues par les gaz, leurs parois sont ramollies, la muqueuse est couverte d'un mucus puriforme. On trouve dans la cavité péritonéale une quantité de liquide fibrino-purulent, qui varie de quelques centaines de grammes à plusieurs litres. Ce liquide est parfois très fétide. A ces lésions il faut ajouter les altérations des organes qui ont provoqué la péritonite.

Traitement. — Il n'y a pas de traitement médical des péritonites aiguës. On combat la douleur au moyen d'injections de morphine; on applique sur le ventre des compresses glacées, on donne à prendre au malade quelques fragments de glace, et c'est tout. Le vrai traitement, le seul traitement efficace, est *chirurgical*; la chirurgie peut tout oser et tout espérer, mais il faut savoir agir sans tarder; et si l'on n'a pas perdu un temps précieux à faire usage des moyens médicaux trop souvent inutiles, on a les plus grandes chances de sauver le malade. Cette question du traitement chirurgical est étudiée en détail dans les cha-

pitres concernant l'appendicite, l'ulcère de l'estomac et du duodénum, les péritonites primitives pneumococcique et streptococcique, la péritonite de la fièvre typhoïde, etc.

§ 2. PÉRITONITES TUBERCULEUSES AIGÜE ET SUBAIGÜE

Les péritonites tuberculeuses peuvent être partielles ou généralisées, elles peuvent être aiguës ou chroniques. Je vais m'occuper d'abord des péritonites tuberculeuses généralisées, aiguë et subaiguë.

Péritonite tuberculeuse par perforation. — Voici un malade atteint d'entérite tuberculeuse avec ulcérations tuberculeuses de l'intestin. Soudain, ce malade est pris des symptômes d'une péritonite aiguë par perforation : douleur terrible au ventre, vomissements porracés, hoquet, etc., et il succombe en quelques jours. A l'autopsie, on constate une péritonite aiguë généralisée, due à la perforation d'une ulcération tuberculeuse de l'iléon. Bien qu'en pareille occurrence la péritonite ne soit pas tuberculeuse au vrai sens du mot, puisqu'elle est due, non pas au bacille tuberculeux, mais aux agents virulents qui sont passés de l'intestin dans le péritoine, il n'en est pas moins vrai que c'est la lésion tuberculeuse de l'intestin qui a été la cause de la perforation, ce qui permet de ranger cliniquement cette péritonite dans le cas des péritonites tuberculeuses.

Qu'on ne suppose pas toutefois que ce soit là un cas fréquent; pour ma part je ne l'ai jamais vu; les ulcérations tuberculeuses de l'intestin, bien que très fréquentes, aboutissent *très rarement* à la perforation et à la péritonite; Barbe, dans sa thèse sur les perforations de l'intestin grêle¹, n'en cite que deux observations, l'une de Lancereaux,

1. Paris, 1895.

l'autre de Letulle, et il ajoute que la moyenne de ces perforations chez les tuberculeux, d'après Potain, ne serait que de 2 pour 100.

Péritonite granulique. — Une seconde forme de péritonite tuberculeuse aiguë, c'est la *granulie péritonéale*; mais ici le processus tuberculeux n'affecte pas uniquement le péritoine, il fait partie d'une granulie plus ou moins généralisée. Voici le cas : une maladie aiguë, fébrile, se déclare; elle simule souvent la fièvre typhoïde chez l'adulte¹ et la méningite chez l'enfant; les symptômes typhiques chez l'un, et les symptômes typho-méningitiques chez l'autre, sont si accentués, que les symptômes péritonéaux peuvent presque passer inaperçus; parfois cependant ces symptômes péritonéaux revêtent une certaine intensité : les douleurs abdominales, les vomissements porracés, le météorisme et l'ascite sont la preuve que le péritoine est atteint. Le malade succombe, et à l'autopsie on trouve dans le péritoine une quantité généralement peu abondante de liquide séro-fibrineux ou séro-purulent, rarement hémorragique. La cavité péritonéale n'est pas cloisonnée par des fausses membranes; sur les feuillets du péritoine, notamment sur le feuillet pariétal, on aperçoit un semis de granulations tuberculeuses très petites, discrètes ou confluentes, comparables à des grains de semoule et souvent entourées de taches ecchymotiques. Les anses intestinales sont plus ou moins congestionnées et agglutinées par un exsudat fibrineux. Dans les autres organes, poumons, plèvres, méninges, péricarde, etc., on retrouve également un semis de granulations miliaires. La granulie péritonéale n'est donc, en pareil cas, qu'une des localisations d'une granulie généralisée (tuberculose par infection sanguine). Ainsi que le fait observer Marfan², lorsque la granulie

1. Le diagnostic, parfois si difficile, est maintenant d'une extrême simplicité, grâce au procédé de Widal, procédé qu'on trouvera à l'article *Fièvre typhoïde*.

2. Péritonite tuberculeuse chez les enfants. *Presse médicale*, 1894, p. 131 et 155.

atteint la seconde enfance, « le bacille paraît avoir une certaine affinité pour les membranes séreuses, péritoine, plèvre, méninges, péricarde ».

Tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë. — Chez l'adulte, les choses se passent un peu différemment; il est assez fréquent de constater chez lui une variété de granulé, à forme subaiguë, prenant son origine dans une tuberculose plus ou moins avérée du poumon et envahissant successivement la plèvre et le péritoine. Cette variété de granulé, qui a été décrite par Fernet sous le nom de tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë¹, est beaucoup plus rare chez l'enfant que chez l'adulte; elle est beaucoup moins grave que la granulé généralisée; elle est moins fébrile, plus tranquille, plus lente dans ses allures; la genèse elle-même en est différente, car tandis que la granulé généralisée est le résultat d'une infection qui se fait par la voie sanguine, dans la tuberculose pleuro-péritonéale l'agent tuberculeux paraît suivre les voies lymphatiques et passer de la plèvre au péritoine en traversant le diaphragme.

Chez un homme mort dans mon service à la suite de tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë, nous avons pu saisir sur le fait, à l'autopsie, ce mode d'extension de la tuberculose de la plèvre au péritoine à travers les puits lymphatiques du diaphragme. Les détails histologiques de cette observation ont été publiés par mon chef de clinique Apert².

En consultant les observations publiées à ce sujet, on voit que le plus souvent le malade était déjà en pleine étape pleurale quand l'étape péritonéale a éclaté. Tantôt l'étape pleurale se manifeste avec les symptômes d'une pleurésie qui ne peut passer inaperçue (douleur de côté, frottements pleuraux, liquide pleural, etc.), tantôt cette étape pleurale

1. Fernet. *Soc. méd. des hôp.*, 8 février 1894. — Boulland, *Tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte*. Th. de Paris, 1885. — Lasserre, *Tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë*, Th. de Paris, 1894.

2. Apert. *Arch. de méd. expérimentale*, mai 1898.

passé presque inaperçue, elle est insidieuse, latente, et on ne la recherche ou on ne la constate que lorsque l'éveil a été donné par les symptômes péritonéaux.

L'évolution de cette pleurésie ne diffère pas de l'évolution des pleurésies tuberculeuses avec toutes leurs variétés: liquide plus ou moins abondant, parfois hémorrhagique, très rarement purulent, reproduction de l'épanchement après la thoracentèse, etc.

Quant à l'étape péritonéale, elle est plus souvent insidieuse que bruyante: bruyante avec douleurs, fièvre, vomissements, ballonnement du ventre, apparition de l'ascite; insidieuse, lorsque la péritonite est peu douloureuse et ne se trahit que par quelques troubles digestifs et le développement de l'abdomen. Le liquide est généralement libre dans la cavité péritonéale; il est citrin, rarement hémorrhagique, et peut atteindre 6 ou 8 litres et au delà.

Lorsque le malade succombe, on constate, à l'autopsie, non seulement des lésions de tuberculose pleuro-péritonéale, mais des lésions tuberculeuses des poumons, du foie (gros foie tuberculeux), de la périhépatite, de la péri-splénite, etc.

Le diagnostic de la tuberculose pleuro-péritonéale est souvent fort difficile, car la cirrhose hépatique peut donner naissance au même syndrome, épanchement péritonéal et épanchement pleural; mais, au cas de cirrhose, la phase douloureuse pleurale ou péritonéale fait absolument défaut, la circulation collatérale est autrement développée; le malade a des signes de cirrhose ou de pré-cirrhose.

On peut du reste utiliser pour le diagnostic des épanchements péritonéaux les moyens de laboratoire que j'ai longuement décrits au chapitre de la Pleurésie tuberculeuse. Bien que les liquides du péritoine se prêtent un peu moins bien que les liquides pleuraux aux investigations, ils fournissent néanmoins des renseignements précieux, que j'ai eu l'occasion de constater plusieurs fois dans mon service, où nous avons fait usage du cyto-dia-

gnostic, du séro-diagnostic et des injections du liquide dans la mamelle de femelles de cobaye en lactation (Nattan-Larrier).

En résumé, je viens de passer en revue trois variétés de péritonites tuberculeuses, l'une suraiguë et très rare, due à la perforation d'un intestin tuberculeux; l'autre, aiguë et assez fréquente chez les enfants, caractérisée par l'épisode péritonéal d'une granulie généralisée; enfin une troisième variété, à forme subaiguë, *souvent curable*, plus fréquente chez l'adulte, et caractérisée par le syndrome pleuro-péritonéal.

§ 3. PÉRITONITE TUBERCULEUSE CHRONIQUE

La péritonite tuberculeuse chronique comprend trois ordres de lésions : 1° un épanchement péritonéal plus ou moins abondant; 2° des lésions caséuses, ulcéro-caséuses, fibro-caséuses, plus ou moins accentuées, et qui constituent le processus tuberculeux destructif; 3° des lésions fibro-scléreuses, fibro-adhésives, qui constituent un processus cicatriciel à tendance curative, dépassant parfois le but en créant des adhérences vicieuses.

Ces trois ordres de lésions se retrouvent dans toute péritonite tuberculeuse chronique et y sont combinées en proportions variables; parfois, cependant, l'une de ces lésions prend une telle prépondérance qu'elle imprime à la péritonite chronique un caractère particulier. Voilà pourquoi je vais décrire séparément une forme ascitique et une forme ulcéro-fibro-caséuse.

A. PÉRITONITE TUBERCULEUSE CHRONIQUE A FORME ASCITIQUE

Dans quelques cas, qui sont loin d'être rares, la quantité de liquide épanché dans le péritoine prend de telles proportions qu'au premier abord la péritonite tuberculeuse a les apparences d'une ascite vulgaire; c'est la *péritonite*

tuberculeuse à forme ascitique. Ces péritonites, chroniques d'emblée, dans lesquelles l'épanchement péritonéal est le symptôme dominant, sont comparables aux pleurésies tuberculeuses à grand épanchement, la tuberculose pleurale ne se révélant par aucun autre signe que par le liquide épanché. Dans l'un et dans l'autre cas, on peut se trouver en face de tuberculose *locale*, limitée à la séreuse, tuberculose souvent curable. Cette forme ascitique de la tuberculose péritonéale est beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte; elle est même la forme *la plus commune* de la péritonite tuberculeuse de la deuxième enfance; on la nomme parfois ascite tuberculeuse chronique; elle peut simuler l'ascite dite essentielle, qui n'est en somme qu'une ascite tuberculeuse¹.

Anatomie pathologique. — C'est en pratiquant la laparotomie que les chirurgiens nous ont bien démontré les lésions de cette forme de péritonite tuberculeuse : liquide abondant, citrin, transparent, presque jamais séro-purulent ou séro-sanguinolent; rarement le liquide atteint la proportion de l'ascite d'origine hépatique; rarement aussi il nécessite d'urgence la ponction. Le liquide est libre dans la cavité péritonéale, qui ne présente pas de cloisonnements. Le péritoine est injecté, dépoli, recouvert par places d'exsudats fibreux. Sur le péritoine, plus ou moins vascularisé, on découvre un semis de granulations tuberculeuses de volume et d'âge différents; ces granulations, grisâtres, jaunâtres, sont superficielles ou enchâssées dans la paroi. Les lésions caséuses et fibreuses n'existent pas ou n'existent qu'à l'état d'ébauche.

Description. — Le début de la tuberculose ascitique infantile est souvent fébrile; la température atteint 38 et 39 degrés; l'enfant se plaint de coliques, de nausées, de vomissements, le ventre est douloureux et se ballonne. Bientôt un examen attentif permet de constater l'ascite sans dilatation des veines abdominales et parfois un peu

¹ Marfan. Péritonite tuberculeuse chez les enfants. *Presse médicale*, 1894, p. 151 et 153.

de liquide dans les plèvres. Après ce début fébrile et douloureux, la maladie entre dans une phase plus silencieuse, les douleurs et la fièvre disparaissent, seule l'ascite persiste, tantôt augmentant, tantôt diminuant, mais sans atteindre, du moins chez l'enfant, des proportions qui nécessitent la ponction. Pendant cette période d'état, qui peut durer plusieurs mois, l'enfant pâlit et maigrit, l'appétit est insuffisant, et cependant la situation n'empire pas, car les autres organes restent généralement indemnes. Assez souvent le liquide ascitique finit par se résorber spontanément, et la guérison survient dans plus de la moitié des cas. La maladie mérite bien alors la dénomination d'*ascite chronique tuberculeuse bénigne de la seconde enfance* (Marfan); elle guérit comme guérissent, avec ou sans thoracentèse, des pleurésies tuberculeuses à épanchement plus ou moins considérable. Néanmoins, dans quelques cas, beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte, les autres lésions de la péritonite tuberculeuse, lésions fibro-caséuses, peuvent s'associer à la forme ascitique; on pratique la ponction du péritoine, et quand le liquide a été évacué, on constate les indurations épiploïques et péritonéales que nous étudierons plus loin.

Le *diagnostic* de l'ascite tuberculeuse chronique est souvent fort difficile : l'ascite cirrhotique, l'ascite cardio-hépatique et l'ascite hépato-brightique présentent quelques analogies; cependant, dans ces différentes variétés d'ascite, on ne constate pas un début fébrile et douloureux; de plus, dans l'ascite cirrhotique, le foie est petit et la circulation collatérale est très développée : dans l'ascite d'origine cardio-hépatique, on constate au cœur la lésion qui a été cause du foie cardiaque et de l'ascite; enfin, dans l'ascite hépato-brightique, on est mis sur la voie du diagnostic par les symptômes du brightisme et par l'albuminurie. Le diagnostic de l'ascite tuberculeuse peut être confirmé par les recherches de laboratoire que j'ai décrites, au chapitre des pleurésies tuberculeuses; cyto-diagnostic, séro-diagnostic, injection de liquide ascitique dans la mamelle de cobayes, etc.

B. PÉRITONITE CHRONIQUE VULGAIRE — FORME FIBRO-CASÉUSE

Cette forme de péritonite tuberculeuse chronique est la forme vulgaire, autrefois la mieux décrite (Grisolle) : c'est la forme banale des adultes, c'est la forme qui répond à la dénomination de péritonite tuberculeuse chronique sans autre désignation.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie, à l'ouverture du ventre, on n'aperçoit parfois aucun viscère, à cause des fausses membranes qui les recouvrent. Ces membranes, épaisses, grisâtres, quelquefois hémorragiques, sont accumulées en certains points, sous forme de tumeurs ou bosselures qui, pendant la vie, peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic. Le péritoine, le méso-côlon, le mésentère, le grand épiploon, sont si *épaissis*, que le grand épiploon et le mésentère peuvent acquérir une épaisseur d'un centimètre et demi. Cet épaississement tient à l'infiltration séro-purulente, aux granulations tuberculeuses et au tissu tuberculeux embryonnaire, qui siègent entre les feuillets de ces membranes. Parfois le grand épiploon, épaissi et induré, forme comme une corde transversale qu'on sent fort bien pendant la vie (corde épiploïque).

La paroi abdominale antérieure adhère souvent à l'épiploon et aux intestins. Des *adhérences* s'établissent entre les feuillets du péritoine, entre l'épiploon et l'intestin, entre les anses intestinales qui sont agglutinées et qu'on ne peut pas toujours séparer sans les déchirer. En séparant ainsi les adhérences, on tombe parfois sur de petites cavernes remplies de sérosité et de sang altéré, de pus mélangé à des matières fécales, ou bien encore sur des cavernes remplies de matières caséuses, véritables abcès froids du péritoine. Le diamètre de l'intestin est rétréci, ses parois sont imbibées, friables et atrophiées. Le canal intestinal peut être diminué de la moitié ou même des deux tiers de sa longueur (Grisolle). On trouve souvent à sa surface des ulcérations tuberculeuses. L'épiploon se rétracte, le mésentère attire