

inférieurs. La recherche des bacilles de la tuberculose dans le liquide ascitique peut être négative, bien qu'il s'agisse cependant d'une péritonite tuberculeuse. En outre, la tuberculine de Koch ne peut pas non plus, dans ces cas, servir de diagnostic.

D'autres affections peuvent simuler la péritonite chronique; et parmi celles-là il faut citer la cirrhose du foie, qui existe chez les enfants, et qui, le plus souvent, affecte la forme de la cirrhose hypertrophique.

Malgré cette opinion très tranchée de l'auteur allemand, bien que dans des laparotomies on n'ait pu trouver ni à l'œil nu, ni au microscope de lésions de tuberculose, en raison du peu d'intensité et de généralisation qu'elles ont dans certains cas, nous croyons, au moins, infiniment rare cette péritonite chronique idiopathique chez l'enfant, ayant peine à envisager comme distincte une maladie qui ne se caractérise par aucun symptôme particulier, non plus que par une étiologie spéciale, et dont la nature, grâce à sa curabilité ordinaire, ne peut être révélée à l'autopsie.

De même, la description que l'on fait de la prétendue péritonite chronique d'emblée chez l'adulte nous paraît se rapprocher singulièrement du tableau symptomatique spécial à la péritonite tuberculeuse fibreuse. On dit, en effet, qu'à la suite d'une période plus ou moins longue, traversée par des troubles digestifs mal accusés, par du ballonnement transitoire et douloureux du ventre, dans lequel, par la percussion, on peut reconnaître des zones de matité et de sonorité, un épanchement abondant se produit; puis, qu'après une évacuation artificielle ou spontanée, le ventre se rétracte et se creuse en bateau; qu'on constate alors par le palper l'existence des plaques dures, à contours mal définis, puis que le malade maigrit, s'affaiblit, s'infiltré, qu'il est pris d'une fièvre hectique; que la diarrhée s'installe intense, le collapsus termine la scène: — ou bien l'affection évolue vers la guérison, les troubles digestifs s'atténuent, l'épanchement diminue progressivement, « tout en laissant subsister dans la cavité péritonéale des brides dont l'existence pourra donner plus tard lieu à des complications ». Enfin, il est dit que le liquide peut prendre un caractère purulent, et la marche de la péritonite est alors celle de la péritonite purulente consécutive à une péritonite aiguë.

Jusqu'à plus ample informé, une affection semblable ne nous paraît pas pouvoir naître sans cause, évoluer sans autre lésion que celle d'une inflammation chronique venue on ne sait d'où, et nous croyons qu'il s'agit là de ces faits de péritonite tuberculeuse, à forme fibreuse, à évolution lente, à régression fréquente, à transformation caséuse et purulente possible, à guérison même souvent observée. L'étiologie d'ailleurs, en montrant que cette forme s'adresse surtout à des adultes « en bonne santé », ne fait que plaider en faveur de cette opinion.

Le diagnostic de la péritonite chronique se bornera donc à l'étude des affections que l'on peut confondre avec elle, lorsqu'elle est sous la dépendance soit du mal de Bright, soit de l'alcoolisme, soit d'une cardiopathie. Les autres affections qui pourraient donner le change et être confondues avec les soi-disant péritonites chroniques idiopathiques sont signalées dans le cadre du diagnostic différentiel de la péritonite tuberculeuse. De même on trouvera le diagnostic différentiel entre la péritonite chronique et la péritonite tuberculeuse à l'étude de cette dernière affection.

Il ne reste guère que 5 maladies qui peuvent en imposer et faire croire à une

péritonite chronique secondaire: ce sont la cirrhose du foie, la syphilis hépatique, et l'ascite des cachectiques.

**Diagnostic avec la cirrhose hépatique.** — La péritonite chronique a été signalée à la suite de l'alcoolisme. Or, en présence d'une ascite survenue chez un alcoolique, on pense généralement à une cirrhose du foie (*Dict. encyclopédique*). C'est, en effet, une maladie bien fréquente, tandis que la péritonite chronique simple est une affection bien rare. Cependant, en étudiant soigneusement les anamnétiques, on constate que le début et la marche de la maladie ne ressemblent pas à ceux de la cirrhose du foie; d'autre part, le réseau veineux supplémentaire est sus-ombilical dans la cirrhose, tandis qu'il est sous-ombilical dans la péritonite (Lancereaux). Il est vrai de dire que, dans la péritonite tuberculeuse chronique, la localisation des veines sous-cutanées est la même et que, par conséquent, si ce signe peut aider au diagnostic avec la cirrhose, il ne saurait servir à celui de la nature de la péritonite.

Le cirrhotique a des urines briquetées et une teinte subictérique qui manque dans la péritonite chronique; sa rate est volumineuse et son foie petit, atrophié; il est vrai (Bright, Frerichs) que ce dernier symptôme peut se trouver également dans la péritonite chronique.

Lorsqu'une ascite se produit, il est important de rechercher si derrière elle il n'existe pas une lésion de la séreuse péritonéale. Ceci est surtout important si l'ascite coexiste avec un état cachectique; il faut examiner soigneusement l'abdomen, après la paracentèse, et se rapporter souvent à l'examen du liquide qui pourra donner de précieux renseignements (Voir *Ascite*).

**Pronostic.** — Le pronostic des péritonites chroniques simples, rentrant dans le cadre que nous avons cherché à limiter, est presque toujours grave. C'est une complication qui se surajoute à un état souvent grave par lui-même, et qui s'assombrit encore du fait de l'inflammation chronique du péritoine, laquelle laisse à sa suite souvent de l'atrophie des organes abdominaux, et des accidents pleuro-pulmonaires.

**Traitement.** — 1° *Local.* — Pour combattre l'inflammation, tous les révulsifs devront successivement être employés: badigeonnages iodés, vésicatoires volants, pointes de feu. Contre l'ascite, la paracentèse est indiquée.

2° *Général.* — Outre le traitement des maladies génératrices, spécial à chacune d'elles, il faut soutenir le malade par les moyens appropriés: régime lacté; surtout alimentation de facile digestion, si le lait n'est pas spécialement indiqué

## CHAPITRE IV

### PÉRITONITES PARTIELLES SUS-OMBILICALES

#### A. — PÉRITONITE PÉRI-HÉPATIQUE ENKYSTÉE

**Etiologie.** — La péritonite péri-hépatique est extrêmement commune, elle se rencontre presque nécessairement au cours de beaucoup d'affections du foie: abcès, lithiase biliaire, kystes hydatiques, dans le cours de nombreuses

affections des organes voisins; cancer de l'estomac, ulcère simple, ulcère du duodénum, ulcération de l'appendice cæcal, gastro-entérite, dysenterie, fièvre typhoïde, tuberculose (la péritonite tuberculeuse peut être limitée; Boulland a signalé la présence dans les hypocondres de poches purulentes tuberculeuses, ce sont de véritables cavernes péritonéales dont les sécrétions s'accumulent au lieu d'être évacuées au fur et à mesure de leur production). Lannelongue a signalé des cas de ce genre.

**Anatomie pathologique.** — Souvent la péritonite est *sus-hépatique*, elle présente alors les limites suivantes : en haut, le diaphragme, le ligament suspenseur à gauche, le ligament triangulaire à droite, le ligament coronaire en arrière; en bas, la face supérieure du foie et les adhérences avec les organes voisins.

Lorsqu'elle est sous-hépatique, elle est ainsi limitée : en haut, le foie; en arrière, l'épiploon gastro-hépatique; à droite, la vésicule biliaire; à gauche, les adhérences établies entre l'extrémité gauche du foie et la face antérieure de l'estomac; en avant, des adhérences établies entre ces deux viscères d'un côté et le grand épiploon et le méso-côlon transverse d'un autre côté.

Les parois de la poche sont formées par des fausses membranes, souvent vasculaires, qui peuvent devenir le siège de petites hémorragies. De la face interne de cette poche partent des travées, qui cloisonnent la cavité. Le contenu est fait d'un exsudat séreux ou purulent, parfois sanguinolent, quelquefois bilieux. Si la cavité communique avec les voies digestives, on trouve un liquide putride, sanieux, contenant en grand nombre les micro-organismes de la putréfaction, avec aussi très souvent des gaz fétides.

Les lésions de voisinage sont fréquentes; le foie est souvent altéré, ainsi que les voies biliaires. Le foyer peut communiquer avec les organes voisins; la paroi abdominale peut être altérée; la péritonite péri-hépatique peut se terminer par la formation d'une fistule cutanée.

La symphyse péri-hépatique peut s'associer à la symphyse péricardique, constituant ce que Gilbert et Garnier appellent la *symphyse péricardo-péri-hépatique*. On peut avoir alors une cirrhose hépatique ayant le péritoine pour point de départ; c'est la *cirrhose péri-hépatogène*. La symphyse péri-hépatique est presque toujours associée à celle du péricarde. Elles produisent un type clinique spécial, avec un mélange de symptômes cardiaques et hépatiques.

**Symptômes.** — La péritonite péri-hépatique n'a parfois aucune histoire clinique. Son début est insidieux, presque latent, comme son évolution; et elle ne devient qu'une trouvaille d'autopsie.

La douleur est presque toujours le premier symptôme connu : elle a son maximum au niveau de l'hypocondre droit, à l'épigastre, mais peut irradier partout, à l'épaule, dans le dos. Elle procède souvent par crises paroxystiques. Presque toujours elle est exaspérée par la toux, la respiration.

**Symptômes physiques.** — Le premier est la déformation de l'abdomen; une voussure apparaît au niveau de l'hypocondre droit, la peau qui la recouvre est tendue, luisante, parcourue par les arborisations bleuâtres de veines collatérales dilatées. La base du thorax peut en être soulevée, la palpation permet de reconnaître une tuméfaction, un empatement douloureux, siégeant sous le bord inférieur des fausses côtes, descendant parfois jusque dans la fosse iliaque.

Si les dimensions de l'abcès sus-hépatique sont moindres, on le trouve caché sous la face convexe du foie ou profondément dans l'hypocondre. La matité existe sur toute cette place : elle suit le dôme diaphragmatique contre lequel l'épanchement intra-péritonéal vient se buter (Deschamps).

La fièvre existe, mais peu élevée, 38° ou 39°. La peau sèche est couverte de sueurs; l'ictère est assez fréquent, il est le plus souvent dû à une affection concomitante du foie ou des voies biliaires. Après un temps plus ou moins long, la cachexie survient, l'amaigrissement, avec des troubles digestifs persistants, vomissements, diarrhée.

Lorsque des gaz existent dans l'abcès péri-hépatique, que ces gaz viennent de la perforation d'un organe voisin ou du pus lui-même, des symptômes tout différents se manifestent et l'on se trouve en face d'un véritable *abcès gazeux sous-diaphragmatique*. C'est ce syndrome que quelques auteurs (Leyden) ont nommé le pyo-pneumothorax sous-phrénique. M. Debove (1890) a étudié à nouveau ces abcès, à propos d'un cas observé dans son service; son observation est la première et la seule qui, grâce à une intervention hâtive et énergique, ait été suivie de guérison. La thèse récente de Besredka (Th. Paris, 1897) en signale 190 cas. Récemment trois cas en ont été publiés par Courtois-Suffit à la *Société méd. des Hôp.* (12 nov. 1897); dans ces cas le diagnostic avait pu être fait d'une manière assez précise pour permettre l'intervention, qui dans un cas fut suivie de guérison. Il s'agissait probablement de la perforation d'un ulcère simple du duodénum. Ailleurs il s'agissait, ce qui est le cas le plus fréquent, de perforation stomacale. Thouvenin, dans sa thèse de 1896, en a signalé un cas lié à la tuberculose péritonéale. Dans des cas semblables, la collection de gaz et de pus se trouve dans la cavité abdominale, le diaphragme est refoulé très haut, et si la collection siège exactement dans l'hypocondre, on peut avoir tous les signes d'un pneumothorax. Ces abcès gazeux sous-diaphragmatiques sont presque toujours d'un diagnostic extrêmement difficile; ils sont souvent consécutifs à un ulcère de l'estomac, qui s'est ouvert dans une poche limitée par d'anciennes adhérences, et s'est ensuite cicatrisé.

Les complications de la péritonite péri-hépatique sont les suivantes : pleurésie, pneumothorax, fistules péritonéo-bronchiques, péricardiques, ouverture dans les voies digestives (côlon), thrombose de la veine porte, fistules cutanées, gangrène, érysipèle de la peau.

La mort survient soit par une maladie intercurrente, soit par épuisement et suppuration, soit encore à la suite d'une complication, telle l'irruption du pus dans la plèvre, la gangrène pulmonaire, la péritonite généralisée.

**Diagnostic.** — Le diagnostic est toujours extrêmement difficile, au moment où la tuméfaction existe, on peut croire à un abcès du foie, un kyste hydatique, un cancer de l'estomac, une cirrhose hypertrophique.

**Traitement.** — Si une ponction exploratrice permet de retirer du pus de la tumeur, il faut inciser la paroi abdominale couche par couche, jusqu'à ce qu'on ait ouvert la collection et livré passage au pus.

Le traitement médical est presque nul.

## B. — PÉRISPLÉNITE

Il ne faut dire que quelques mots de cette variété de péritonite partielle. Elle reproduit dans ses traits principaux le tableau de la péri-hépatite.

**Étiologie.** — Les causes sont calquées sur celles qui provoquent la péritonite siégeant autour du foie : le traumatisme, puis les maladies de la rate (embolies, infarctus suppurés) et les affections des organes voisins; cancer ou ulcère de l'estomac, l'impaludisme.

**Anatomie pathologique.** — Le seul point spécial, c'est l'aspect de la péri-splénite chronique. On peut voir se développer autour de la rate des productions fibro-cartilagineuses.

« Ces plaques cartilagineuses sont très irrégulières; ici très épaisses (5 à 6 millimètres), là très minces, tantôt hérissées de végétations pisiformes, miliaires, globuleuses ou pédiculées, plus ou moins pénétrées de phosphate calcaire. Il n'est pas rare de voir la rate enveloppée d'une coque fibro-cartilagineuse complète. C'est dans les deux états opposés d'hypertrophie et d'atrophie, qui l'un et l'autre sont la suite fréquente des fièvres intermittentes, que l'on observe cette formation de plaques cartilagineuses. » (Cruveilhier, *Dict. de méd. et de chirurg.*)

**Symptomatologie.** — Les mêmes symptômes décrits pour la péri-hépatite sont applicables ici.

Les terminaisons sont les mêmes. Les foyers de l'hypocondre gauche ont plus de tendance à s'ouvrir dans la plèvre; d'autres fois, le foyer s'ouvre dans l'estomac, puis dans la grande cavité péritonéale.

Il est encore un accident très rare : c'est une pyléphlébite purulente de la veine splénique. Ces accidents sont peu connus.

## CHAPITRE V

## PÉRITONITE TUBERCULEUSE

**Historique.** — L'histoire de la péritonite tuberculeuse, sans donner de grands renseignements, au moins jusqu'en ces dernières années, n'est cependant pas tout à fait dépourvue d'intérêt. Il est certain que c'est là encore une maladie qui a tout gagné aux progrès récents réalisés dans la science par les études bactériologiques; elle a vu, en effet, sa symptomatologie s'éclaircir et s'adapter aux différentes lésions anatomiques, classées elles-mêmes d'une façon plus scientifique, et son traitement, empirique presque toujours, et à coup sûr absolument négatif, est devenu rapidement — au moins entre les mains de quelques chirurgiens — sérieux et souvent curateur.

Avant le commencement du siècle, l'histoire de la péritonite tuberculeuse

n'existe pas. C'est un chaos, et l'on trouve, pêle-mêle décrites, toutes les péritonites chroniques, sans distinction de variétés ou de formes. Et encore les données que l'on a sur la péritonite chronique sont-elles bien incomplètes, et les descriptions bien obscures. Tout ce que l'on en peut apprendre, c'est qu'il existe une affection à laquelle la dénomination de péritonite chronique convient assez bien. Mais « tous les symptômes sont le plus souvent rangés sans ordre et leur valeur réciproque n'est nullement déterminée » (1).

La péritonite chronique était mal ou pas connue des anciens. Au xvii<sup>e</sup> siècle, on commence à étudier les altérations du péritoine. Bonet voit l'épaississement de l'épiploon; Harder parle de lésions analogues dans le mésentère d'une hydro-pique. Morton, Baglivi ne s'occupent pas de la péritonite. Morgagni rapporte l'histoire de plusieurs affections de longue durée à la suite desquelles l'autopsie montra de graves lésions péritonéales.

Ce sont les travaux de Bichat, de Laennec, de Bayle, qui démontrent les premiers l'existence de la péritonite chronique. Mais ce ne sont encore que des descriptions isolées. Alors viennent les travaux de Pithet et Savary (1809), de Testu (1820), de Hinel (1818), de Walker, Tissandier (1824), de Scoulteten (1824) qui décrit les lésions de la péritonite chronique avec une grande netteté.

En 1825, dit M. Tapret, la péritonite chronique était donc admise par tout le monde. Du reste, à cette époque, on était à la veille de découvrir ses relations avec la tuberculose et le cancer.

Dans son enseignement clinique, Andral les avait signalées. « Dans le péritoine chroniquement enflammé, disait-il, se développent fréquemment diverses productions accidentelles et spécialement des tubercules. Là, mieux qu'en beaucoup d'autres organes, on peut suivre la formation de ces corps et remonter à leur étiologie. »

Après cette époque, les premières divisions sont tentées entre les différentes variétés de péritonite, et les travaux de Louis (1825) marquent une date mémorable dans cette étude. Cet auteur démontre, en effet, que la péritonite chronique est le plus souvent l'apanage des tuberculeux; et que l'infiltration se fait « quand les fausses membranes existent depuis un temps plus ou moins long ».

D'abord, ce sont les granulations grises qui apparaissent; « dès qu'elles se transforment en tubercules il y a production immédiate de fausses membranes ». Enfin, Louis édicte sa loi fameuse « que les tubercules ne se développent pas dans un organe s'il n'y en a pas en même temps dans les poumons ».

Ce même auteur étudie magistralement les principaux symptômes de l'affection, la douleur, l'ascite, la forme du ventre. Puis viennent Chomel et Grisolle, dont la description clinique est restée un modèle.

Il ressort des travaux de cette période « que de toutes les péritonites chroniques d'emblée, les tuberculeuses sont les plus fréquentes; les péritonites simples généralisées et les péritonites cancéreuses, beaucoup plus rares, présentent sensiblement les mêmes caractères cliniques. La douleur, la forme et la consistance du ventre, l'état général et les phénomènes concomitants, les bruits anormaux provoqués par la pression constituent les symptômes les plus importants de toutes ces maladies (Tapret). »

Nous ne pouvons faire un exposé chronologique des travaux parus sur cette

(1) TAPRET, Étude clinique sur la péritonite chronique d'emblée; *Thèse de Paris*, 1878