

deux sens différents, soit vers la caséification, ce qui est le cas le plus fréquent, soit vers la formation d'un tissu scléreux, qui représente le processus curatif de la tuberculose.

Dans le péritoine, si le tubercule se caséfie, la péritonite marche d'une façon chronique, lente, comme l'ulcération tuberculeuse elle-même; le processus destructif, qui caractérise la caséification, fait des éléments anatomiques mortifiés et désagrégés une masse amorphe et grasseuse, caséo-suppurée qui finit par être éliminée comme un véritable corps étranger.

Au tubercule fibreux, ou de guérison, correspond aussi une forme subaiguë de l'inflammation spécifique, qui emprunte à l'évolution de la lésion anatomique élémentaire une marche parallèle.

D'ailleurs, ne peut-on pas assimiler ce qui se passe dans le péritoine à ce qui se produit lorsque la tuberculose frappe une séreuse articulaire? Il existe plusieurs variétés dans la tumeur blanche. La première est l'arthrite tuberculeuse miliaire aiguë; c'est la granule de la synoviale; un semis de granulations saillantes se dépose à la surface de la séreuse, et cette forme coïncide généralement avec une autre manifestation viscérale de la maladie. Puis, c'est l'arthrite fongueuse; les nodules tuberculeux par leur accroissement provoquent l'arthrite; s'ils s'abcèdent, ils tendent à s'éliminer, forment des abcès autour de l'articulation; de même la péritonite ulcéreuse lorsqu'elle s'ouvre à l'ombilic. Enfin, suivant l'association possible ou le mélange des lésions élémentaires, des formes hybrides naissent; et l'on peut voir une articulation malade depuis longtemps, chroniquement altérée, devenir tout à coup le siège de phénomènes inflammatoires suraigus qui dénotent une nouvelle poussée de granulations sur la synoviale.

Ainsi pour la péritonite. Il est extrêmement fréquent de voir se mêler les différentes modalités de la maladie. Telle péritonite tuberculeuse, qui paraît marcher vers la guérison par suite de la tendance fibreuse de ses lésions, peut devenir le siège de phénomènes différents: souvent c'est une ascite, qui apparaît indiquant une éruption tuberculeuse nouvelle; d'autres fois, les tubercules qui semblaient tendre à la sclérose, s'ulcèrent, se caséfient, et la péritonite commencée comme une tuberculose fibreuse finit comme une tuberculose ulcéreuse. Il existe donc, schématiquement, 5 formes anatomiques et cliniques de la péritonite tuberculeuse comme il existe 5 formes du tubercule; mais en réalité ces formes sont souvent mélangées et chacune d'elles emprunte à la variété voisine quelques-uns de ses principaux caractères.

1. Tuberculisation miliaire aiguë du péritoine. — Les lésions sont ici rarement limitées au péritoine, la plèvre participe presque toujours au processus; et ainsi naît la tuberculose pleuro-péritonéale. En tout cas, cette participation de la plèvre n'est pas constante, et souvent aussi elle n'est que secondaire.

Les lésions que l'on rencontre sont des lésions qui ont à peine eu le temps d'évoluer, qui sont encore à leur début.

A l'ouverture de la cavité abdominale, la première chose qui frappe est l'ascite, dont le liquide présente souvent des caractères spéciaux. Ce liquide est citrin, verdâtre, parfois sanguin, rarement séro-purulent. Il existe presque toujours en assez grande abondance; on en a trouvé jusqu'à 8 litres. Il contient une notable quantité d'albumine et de fibrine.

La cavité péritonéale est libre, non cloisonnée. Ce qui est surtout remar-

quable, c'est l'étendue et la confluence des lésions, abondantes dans les points qui avoisinent soit une région enflammée, soit un foyer tuberculeux développé dans un organe sous-jacent (Boulland) (1).

Les granulations tuberculeuses sont superficielles et semblent siéger sur l'épithélium. Si on les examine séparément, on voit qu'elles présentent toutes le premier degré de leur évolution; elles sont transparentes ou légèrement blanchâtres, résistent sous le doigt, comme des grains de semoule. La séreuse peut avoir gardé sa coloration normale, ce qui est assez rare; plus communément elle présente des lésions inflammatoires — coloration rouge, uniforme ou plus accentuée et comme ecchymotique autour des tubercules confluent, quelquefois elle est violacée, brunâtre. Sa surface est poisseuse, ce qui fait adhérer entre eux les organes qu'elle entoure. A une période plus avancée elle se recouvre d'une couche fibrineuse mince et transparente, qui peut se détacher facilement, entraînant parfois avec elle des tubercules sans que ceux-ci y laissent de traces (Cornil, Ranvier, Boulland).

Les lésions des ganglions sont moins avancées que celles de la séreuse.

La coexistence de la tuberculose miliaire des plèvres et du péritoine est assez fréquente. Godelier avait fait une loi de cette association: « Quand il y a tuberculose du péritoine, disait-il, il y a toujours aussi tuberculisation de l'une ou l'autre plèvre. » Fernet et Boulland ont vérifié le fait dans un grand nombre d'observations. Ils ont admis que le bacille se propageait par le système lymphatique. Cependant, au moins dans les cas de tuberculisation miliaire aiguë, il est rare que le péritoine et la plèvre soient seuls atteints; il existe presque toujours d'autres lésions associées. Les organes qui sont envahis simultanément par ordre de fréquence sont: les poumons, le foie, le tube digestif, organes génitaux, les reins, le péricarde, la rate.

2. Péritonite tuberculeuse ulcéreuse. — Dans cette forme, la cavité péritonéale est cloisonnée; la séreuse est recouverte de fausses membranes, épaisses, d'une coloration blanc jaunâtre, infiltrées de tubercules. Ceux-ci sont opaques, jaunes, friables; ils forment des amas caséux, suppurants. A côté d'eux, on trouve souvent à l'autopsie des tubercules miliaires qui sont l'indice d'une poussée aiguë surajoutée. Dans les loges, dans les enkystements formés par les adhérences il y a du liquide. Celui-ci est souvent purulent, quelquefois de teinte rougeâtre ou coloré de sang. Parfois, c'est un mélange de pus et de sang que l'on rencontre, avec une coloration chocolat. Dans d'autres cas, le liquide prend un aspect grasseux. Cette apparence est la même que l'on trouve dans certaines variétés d'empyème, dits empyèmes grasseux, lesquels sont presque toujours des empyèmes tuberculeux: cette apparence est la règle dans de nombreuses manifestations de la tuberculose, dans les abcès froids, dans les abcès ossifluents; et cet aspect est dû à la fonte, au ramollissement, à la dégénérescence grasseuse des tubercules eux-mêmes.

Si les adhérences se localisent de préférence en des points déterminés, la péritonite s'enkyste tout à fait; cette forme se rencontre surtout au niveau des hypocondres, et dans l'épaisseur du grand épiploon.

Parmi les localisations les plus importantes, il faut citer celle du petit bassin. C'est la *pelvi-péritonite tuberculeuse*. Communément alors, l'inflammation

(1) BOULLAND, *Thèse de Paris*, 1885.

spécifique se manifeste d'abord autour de l'un des organes de cette région; des fausses membranes semées de tubercules s'y localisent; des kystes se forment, qui restent cantonnés au-dessous du détroit supérieur, s'isolent tout à fait de la grande cavité séreuse, même dans la forme purulente; l'inflammation reste presque toujours circonscrite, locale. Le kyste englobe en général tous les organes du petit bassin, quelquefois cependant il n'occupe que l'un des côtés du cul-de-sac recto-utérin. Les organes qu'il renferme ne sont pas directement en contact avec le pus, ils en sont séparés par les fausses membranes qui les tapissent. Le kyste peut communiquer par un ou plusieurs trajets avec le rectum, le vagin, la cavité des trompes, l'espace pelvi-rectal, plus rarement avec l'utérus ou la vessie.

Il est rare que la péritonite tuberculeuse ulcéreuse se limite au péritoine.

Les ganglions mésentériques et pelviens sont presque toujours atteints de lésions semblables. L'entérite tuberculeuse est fréquente. La plèvre et le poumon participent presque toujours aussi au processus.

Chez la femme, on retrouve en outre des noyaux tuberculeux dans les trompes; les franges du pavillon sont soudées entre elles et forment une poche remplie de liquide purulent; les ovaires et l'utérus sont augmentés de volume.

Chez l'homme, on trouve des granulations tuberculeuses dans les vésicules séminales, le testicule, la prostate.

Cette forme ulcéreuse de la péritonite tuberculeuse évolue de deux façons.

Les cas sont nombreux dans lesquels il n'existe aucune tendance à la régression; l'ulcération, au contraire, s'étend et se porte soit vers la profondeur et les organes sous-jacents, soit vers la surface.

Dans le premier cas, comme le fait un empyème qui s'ouvre dans le poumon et s'élimine en vomique, la péritonite tuberculeuse détruit toute l'épaisseur de la paroi intestinale, et des perforations se produisent: les liquides péritonéaux et intestinaux se mêlent et forment un putrilage infect. Des perforations peuvent aussi s'établir entre deux anses intestinales et les faire communiquer entre elles.

Dans le second cas, l'ulcération s'étend vers la peau et forme un abcès abdominal, comme le fait une tumeur blanche qui détruit les tissus jusqu'à s'ouvrir autour de l'articulation. C'est presque toujours à l'ombilic que se fait la perforation (Vallin, Hilton Fagge). D'abord c'est une rougeur indolente qui occupe la cicatrice ombilicale et rayonne autour de ce point dans une étendue de 4 à 5 centimètres, puis elle s'étend, gagne en surface, la cicatrice ombilicale s'amincit, une saillie se forme, d'abord réductible; mais elle se perfore bientôt, répandant sur l'abdomen un liquide fétide. La mort suit rapidement cette complication.

5. Péritonite tuberculeuse fibreuse. — Les lésions sont ici encore plus compliquées que dans les formes précédentes.

Les tubercules, dans cette forme fibreuse, sont moins superficiels que dans la forme aiguë. Ils prennent naissance dans le tissu conjonctif profond, sont séparés de l'épithélium par une couche plus ou moins épaisse de ce tissu et peuvent présenter les divers degrés de leur développement.

La phlegmasie, presque toujours postérieure à l'apparition du tubercule, se manifeste par une coloration rouge; la séreuse se dépolit bientôt, devient visqueuse et se remplit dans quelques cas d'un épanchement « qui se produit

moins vite que celui de la tuberculose aiguë, mais qui peut être aussi considérable ». L'ascite est de 5 litres en moyenne. C'est un liquide jaunâtre, transparent, un peu séro-purulent, parfois sanguinolent; il contient moins d'albumine et de sels minéraux que dans les épanchements simples.

Les lésions peuvent persister sous cette forme sans avancer. Il peut se faire que le tubercule, parvenu à un état de développement parfait, reste pour ainsi dire stationnaire au sein des organes dont il ne modifie pas sensiblement la texture et sans aboutir à la mortification caséuse: *c'est le tubercule stationnaire* (Charcot).

Mais l'évolution du travail cicatriciel peut se poursuivre, « il se produit à la surface de la séreuse un exsudat fibreux sous forme de filaments anastomosés, de fausses membranes, de granulations inflammatoires très différentes des granulations tuberculeuses. Puis la membrane s'épaissit, devient opaque, les cellules épithéliales dégèrent et tombent; son tissu conjonctif infiltré et irrité par les tubercules prolifère; il est envahi par des bourgeons de tissu embryonnaire qui gagnent peu à peu sa surface et la recouvrent de néo-membranes. Celles-ci font adhérer entre eux les feuilletts du péritoine, elles favorisent par leurs nombreux vaisseaux la résorption des liquides épanchés et par suite l'accolement des surfaces irritées et leur cicatrisation. Bientôt le tissu embryonnaire se transforme en tissu conjonctif; des brides, des cloisons, des adhérences solides et rétractiles s'établissent entre les organes et étouffent en même temps les granulations tuberculeuses. Celles-ci subissent aussi la transformation fibreuse ou, si elles sont déjà caséuses, elles sont pour ainsi dire enkystées par la prolifération conjonctive, même leur centre caséux peut se résorber et disparaître (Boulland). »

Dans ces cas donc l'évolution du tissu fibreux domine l'évolution du tubercule.

Dans cette forme, il est reconnu que les bacilles sont en nombre beaucoup plus restreint que dans les autres formes; de plus, les lésions y affectent certaines localisations: le grand épiploon est le plus souvent atteint, puis le mésentère et ses petits appendices. Quant au feuillet séreux, le maximum des lésions se rencontre sur la région ombilicale. Si l'inflammation est sèche, on verra se produire une symphyse partielle ou totale entre les intestins et la paroi abdominale. Les circonvolutions intestinales pourront ne former qu'une seule masse. Ces nappes cicatricielles ne gênent parfois que fort peu le jeu des organes et ne se peuvent révéler par aucun trouble fonctionnel.

Si le travail cicatriciel s'exagère, loin d'être un processus de guérison, il ne tarde pas à devenir une cause de danger rapproché. Les organes entraînés par les fausses membranes se trouvent toujours ramenés au niveau de leurs insertions normales. Le grand épiploon rétracté forme un bourrelet, une sorte de corde tendue d'un hypocondre à l'autre et située au-dessous de la grande courbure de l'estomac, au-devant du côlon transverse qu'il refoule en arrière. Le mésentère s'applique complètement sur la colonne vertébrale et entraîne avec lui la masse de l'intestin grêle, qui peut être réduite au volume du poing, par suite de son atrophie. Les brides peuvent occasionner des étranglements sur le gros intestin. Ce n'est pas le mécanisme unique des occlusions de l'intestin au cours de la péritonite tuberculeuse. Il est évident que la variété « dite fibreuse » crée le plus souvent les adhérences multiples et généralisées: les brides sont nombreuses et l'occlusion qui en résulte en acquiert un

caractère tout spécial de gravité. Lejars⁽¹⁾ a cité deux observations où l'occlusion se fit au cours d'une péritonite tuberculeuse miliaire. La pathogénie de l'occlusion est donc loin d'être uniforme, et l'on peut en décrire les principaux types suivants :

1° *Étranglement par une bride.* — Il s'agit d'un tractus fibreux, résistant et tendu, susceptible d'oblitérer la lumière de l'intestin et d'en altérer suffisamment la paroi pour en compromettre la nutrition.

2° *Coudure de l'intestin.* — Les adhérences de la péritonite figurent une sorte de frein qui fixe un point de l'intestin, le coude et la plicature, d'où la distension du bout supérieur et l'arrêt stercoral.

3° *Agglutination en paquet.* — Il s'agit dans ce cas de la fusion, de la coalescence d'une série d'anses intestinales, que soudent les adhérences, et qui forment un paquet.

4° *Paralysie intestinale.* — Ce type a été surtout éclairé par les travaux de Henrot, Gubler, Thibierge, etc. L'élément paralytique existe dans les autres variétés d'occlusions; mais il peut être primitif. Il s'agit d'un arrêt stercoral d'origine paralytique. La forme miliaire, l'ascite, se prêtent le plus aux accidents de ce genre, qui peuvent survenir avec une telle intensité que la péritonite tuberculeuse n'est pas d'abord diagnostiquée et que l'on conclut à une réclusion mécanique.

Dans cette forme les organes voisins sont aussi fréquemment altérés. Les trompes s'accolent sur les bords de l'utérus qui lui-même est souvent dévié, les ovaires sont étouffés par la rétraction fibreuse; le foie est recouvert par une enveloppe qui le masque complètement, quelquefois par un réseau de brides cicatricielles qui l'enferment comme dans un filet.

La rate est peu atteinte.

Les vaisseaux chylifères sont parfois comprimés par les produits inflammatoires, ainsi que la veine cave, les vaisseaux portes, les canaux biliaires.

Il est rare qu'il n'existe pas de tubercules sur d'autres organes. Les ganglions lymphatiques sont fréquemment infiltrés de tubercules fibreux; le poumon est malade; le tube digestif est fréquemment envahi par les granulations spécifiques. Mais ce qu'il importe surtout de mentionner, c'est que les formes que nous avons précédemment étudiées peuvent surajouter leurs lésions à la forme fibreuse. On trouve souvent, sur les néo-membranes, une éruption miliaire et un épanchement plus ou moins sanguin; d'autres fois, on rencontre des fausses membranes friables, couvertes de tubercules ramollis et baignés par un liquide purulent.

SYMPTOMATOLOGIE

Forme aiguë. Tuberculose péritonéale. — Le péritoine peut être pris au cours d'une tuberculose miliaire généralisée, au même titre que les autres organes; ou bien, c'est sur lui que l'éruption granuleuse se localise de préférence pour presque toujours s'étendre ensuite et gagner les autres organes après peu de jours.

Dans le premier cas, la tuberculose péritonéale peut être complètement

⁽¹⁾ LEJARS, Occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. *Gaz. des hôpitaux*, décembre 1891.

méconnue, ses lésions rester muettes, car elles sont masquées par l'intensité des symptômes généraux. Le malade est plongé dans un état typhoïde que l'on prend presque toujours d'ailleurs pour une véritable dothiéntérie; il n'est pas rare d'observer des épistaxis, des entérorragies, de la diarrhée, des taches rosées, avec une courbe de température qui présente parfois une grande analogie avec celle de la fièvre continue. Au déclin de la maladie, des eschares au sacrum peuvent venir, de la phlegmatia alba dolens, du muguet. Le malade présente une hyperesthésie cutanée très manifeste.

Si au milieu de ces désordres généralisés graves, le péritoine se prend, il se peut très bien qu'on ne le reconnaisse pas; l'abdomen devient sensible à la pression, le météorisme et l'ascite augmentent son volume. Le liquide ascitique n'est pas toujours très abondant et peut se résorber très facilement. Presque toujours la pleûve est prise en même temps.

Dans le deuxième cas, l'éruption miliaire se fait de préférence sur le péritoine et alors sur des symptômes généraux aigus encore, mais de second plan, la localisation péritonéale tranche nettement et peut être évidente. Le ventre est douloureux, gonflé; le météorisme est très marqué. L'ascite est fréquente et souvent aussi très abondante. Elle peut, par son abondance seule, déterminer des compressions veineuses qui produisent à leur tour l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. Le malade a des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux.

Les symptômes généraux sont progressifs, mais limités à une fièvre continue qui s'élève à 38° ou 39° et s'accompagne communément de petitesse et de fréquence du pouls.

Cette forme aussi s'accompagne presque toujours d'une pleurésie avec épanchement, et réalise le type fréquent décrit sous le nom de tuberculose péritonéo-pleurale.

Pronostic. — La péritonite miliaire aiguë peut guérir. Il n'est pas absolument rare de voir la tuberculose péritonéale s'atténuer, marcher dans le sens de la tuberculose fibreuse et même arriver à la guérison complète, à travers des rémissions où la fièvre disparaît, où le liquide se résorbe, où l'état général s'améliore et au milieu d'exacerbations qui correspondent souvent à une poussée nouvelle.

La mort est cependant la terminaison habituelle de l'affection, qui ne dure guère plus d'un mois.

Forme chronique. — La forme chronique correspond à la péritonite tuberculeuse commune, classique, fréquente. Anatomiquement, elle répond soit à la péritonite fibreuse, soit à la péritonite ulcéreuse. Cliniquement, ces variétés sont moins tranchées. Il est rare que chacune d'elles évolue avec ses symptômes spéciaux de son début à sa terminaison. Ce qui est la règle, rappelant en cela les modalités ordinaires des manifestations tuberculeuses, c'est de voir ces formes chroniques, schématiquement séparées par l'anatomie pathologique, se fondre en clinique, s'associer, s'aggraver, se combiner, emprunter même parfois, à un moment donné de leur évolution, le masque de l'inflammation tuberculeuse aiguë, à la suite d'une poussée nouvelle de granulations spécifiques.

Il convient donc de décrire ces formes d'un seul trait, en montrant successivement leurs différences, leurs analogies, en comparant leurs symptômes.