

possible de tout épanchement quand la séreuse est seule atteinte, même d'une façon aiguë.

Cependant Levi-Sirugue n'a pas trouvé de cirrhose hépatique chez ses chiens d'expérience qui faisaient de l'ascite. Il semble donc que dans les formes d'ascite chronique curable le rôle de l'irritation péritonéale est important. En somme la pathogénie exacte de l'ascite tuberculeuse est encore obscure comme celle de l'ascite cirrhotique. L'ascite peut apparaître dans des cas de lésions minimes de la séreuse, manquer dans des cas de lésions plus étendues.

Par conséquent, l'ascite dans la péritonite tuberculeuse ne peut en aucune façon servir à caractériser une individualité clinique.

Nous avons vu comment évoluait l'ascite lorsqu'il s'agit d'une tuberculose péritonéale aiguë; elle se comporte différemment si la péritonite est fibreuse. Dans ce cas, l'ascite apparaît après quelques prodromes, plus ou moins longs, marqués par une certaine tension de l'abdomen, du météorisme; puis le liquide apparaît; souvent il est abondant; la peau du ventre devient luisante, se tend, est vernissée; parfois cette ascite, assez mobile, paraît fluctuante parce qu'elle est abondante; et cependant elle n'est pas complètement libre dans la cavité abdominale, qui est plus ou moins cloisonnée. Le ventre prend la forme ovaire des kystes de l'ovaire; par la percussion on note les zones mates souvent irrégulièrement distribuées en rapport avec le siège du liquide; parfois la courbe que la matité peut figurer présente sa convexité en haut, inverse par conséquent de celle que l'on rencontre dans les ascites simples. Le liquide ne persiste pas toujours, lorsqu'il est formé; et il est fréquent de le voir disparaître subitement, parfois même pour revenir de nouveau et d'une façon persistante, surtout si une nouvelle éruption de granulations se fait sur le péritoine altéré, ou si le foie sclérosé arrête la circulation.

L'ascite peut quelquefois être chyleuse. Lorsque le liquide a disparu, les phénomènes locaux, perceptibles par le palper de la paroi abdominale, sont en rapport avec la forme anatomique et la localisation des lésions.

Symptômes locaux. — Généralement le ventre est météorisé, et peu douloureux. La douleur est sourde, profonde; elle se révèle mieux à la pression; surtout si, après avoir appuyé lentement sur l'abdomen, on retire brusquement la main.

Les bacilles sont peu nombreux dans le liquide d'ascite, alors qu'on les trouve très nombreux dans le pus des formes caséuses. Par centrifugation on pourrait faciliter leur recherche sur lamelles, mais il faudra surtout faire des injections répétées au cobaye de doses assez élevées (10 c. c.), de façon à injecter en tout de 25 à 50 centimètres cubes.

Lorsque la peau du ventre est revenue sur elle-même, par suite du retrait du météorisme et de la résorption du liquide, on sent sous la peau des plaques indurées, des *gâteaux* péritonéaux, mats, irréguliers au toucher, disséminés en des points différents. Si l'épiploon est rétracté au-devant du colon transverse, on le perçoit sous la forme d'une corde tendue d'un hypocondre à l'autre. La région ombilicale forme souvent aussi une masse pâteuse au-dessous de laquelle les anses intestinales se déplacent difficilement, ne glissent plus les unes sur les autres et « donnent la sensation d'une masse homogène » (Boulland.)

Sous la main, on perçoit souvent une crépitation qui donne la sensation de

l'amidon froissé. Par l'auscultation, on trouve les frottements péritonéaux, les cris intestinaux. (Gueneau de Mussy.)

Lorsque la péritonite fibreuse est arrivée à cette période, quelquefois le ventre garde sa souplesse, l'état général reste souvent stationnaire, parfois même il s'améliore. Ce n'est pas la règle. Presque toujours le travail de sclérose augmente progressivement, et des désordres naissent à sa suite qui conduisent à la mort. Le ventre se rétracte de plus en plus, et s'applique sur les parties profondes; il se creuse en bateau — on sent la masse intestinale réduite à un peloton immobile situé au-devant de la colonne vertébrale. Boulland a cité une observation où les adhérences de la paroi étaient assez fortes pour obliger le malade à se tenir courbé en deux.

La rate, le foie s'atrophient, l'utérus se dévie. On peut observer des phénomènes d'étranglement interne. Les compressions vasculaires se révèlent par l'œdème des membres inférieurs ou de la paroi abdominale.

Lorsque la péritonite reste fibreuse jusqu'à la fin, les symptômes marchent ainsi que nous venons de le dire; mais il est fréquent de voir cette variété prendre une allure différente si les tubercules, au lieu de continuer leur évolution vers la sclérose, dégèrent, se caséifient, en un mot si l'ulcération se produit. Alors aux phénomènes de la péritonite fibreuse se surajoutent ceux de la péritonite ulcéreuse, qui sont les suivants :

Le ventre est augmenté de volume, fluctuant, avec des veines dilatées, irrégulièrement situées sur le ventre, plus nombreuses au-dessous de l'ombilic. L'abdomen a une résistance, une dureté particulières, une sorte d'élasticité incomplète. Sous les doigts, on perçoit des plaques inégales, parfois fluctuantes. A la percussion, les zones de matité alternent avec les zones de sonorité, suivant les localisations diverses des fausses membranes, suivant le siège des cloisonnements, des épanchements, de la fixation des anses intestinales au milieu des exsudats — le liquide existe en quantité variable. Celui qui est dans les loges, dans des pseudo-kystes, est communément purulent, de couleur chocolat. S'il existe une perforation de l'intestin, le liquide est fait d'un pus sanieux, d'odeur fétide, de coloration foncée. Quelquefois les lésions se cantonnent au niveau du petit bassin, et le toucher vaginal, aidé des symptômes fonctionnels propres à cette localisation, sera d'un grand secours pour le diagnostic.

Les femmes souffrent du bas-ventre, surtout au moment des règles : ces douleurs sont sourdes et siègent dans l'hypogastre, irradiant fréquemment vers les hanches ou les cuisses, s'exagèrent par la pression.

Le bas-ventre est ballonné, résistant; le toucher vaginal permet de reconnaître un empâtement plus ou moins fluctuant dans les culs-de-sac. L'utérus est dévié, entouré de masses bosselées, le liquide qu'on peut retirer par ponction est presque toujours purulent.

Symptômes généraux. — Si la péritonite reste fibreuse, les symptômes généraux sont peu graves; la fièvre ne dépasse pas 38°; le pouls est fréquent, va jusqu'à 120. La température est plus élevée le soir.

Dans cette forme lente, les accidents peuvent aller en s'échelonnant; mais, vienne l'ulcération des tubercules, les symptômes changent et sont rapidement graves.

Le malade devient plus faible, il s'amaigrit. Son teint est terreux; il a de

l'œdème des membres inférieurs. Les femmes ont des troubles utérins. La fièvre se déclare, s'accompagne de sueurs profuses pendant la nuit; la température oscille entre 38° et 40°, peut varier de 2 degrés en quelques heures. Le pouls est mou, fréquent. Les troubles digestifs sont très accentués, l'appétit est perdu; il y a des vomissements, de la diarrhée; puis les signes de tuberculose pulmonaire arrivent qui augmentent encore la gravité de l'état général.

Complications. — Parmi les complications les plus fréquentes de la péritonite tuberculeuse, il faut citer la pleurésie. Nous avons déjà suffisamment insisté sur sa fréquence pour n'avoir guère à revenir sur ses caractères. Nous savons qu'elle peut coïncider avec la péritonite de telle façon que les deux maladies n'en font pour ainsi dire qu'une; on la décrit alors sous le nom de tuberculose péritonéo-pleurale (Fernet et Boulland). Souvent la localisation pleurale est secondaire: quelquefois la pleurésie est double; elle est souvent latente. L'épanchement, peu abondant, ne se traduit guère que par ses signes physiques; il est, comme l'épanchement abdominal, susceptible de résorption.

Il se peut que la péritonite tuberculeuse se complique de méningite. Ce fait est plus commun chez les enfants. Chez les adultes, on l'observe aussi, et son expression est souvent atténuée. « Une céphalalgie extrêmement violente, un ou deux vomissements, du ralentissement du pouls, tels sont quelquefois, avec l'affaissement du ventre, les seuls symptômes de cette inexorable complication » (1).

On peut citer à titre de complications les dégénérescences profondes de la glande hépatique dont les cellules détruites peuvent être remplacées par de la graisse. C'est là l'œuvre plus de la toxine du bacille que du bacille lui-même, et il est certaines formes assez limitées avec ascite qui s'accompagnent volontiers de dégénérescence hépatique, comme si le microbe avait gagné en pouvoir toxigène ce qu'il a perdu en faculté reproductive.

Nous avons déjà mentionné l'ouverture de la péritonite à l'ombilic. C'est là une complication extrêmement grave; elle est comme un arrêt de mort prochaine. Il résulte de faits publiés que les malades n'ont pas survécu plus de quelques heures à cet accident. A l'autopsie, on trouve un clapier tuberculo-stercoral creusé dans le péritoine et l'épiploon, communiquant avec l'intestin par une ou plusieurs ouvertures et avec l'ombilic par un trajet fistuleux.

L'*étranglement interne* est une complication assez fréquente au cours d'une péritonite tuberculeuse chronique. Il s'agit plutôt (Cossy) d'une constipation opiniâtre que d'un étranglement vrai. Le plus souvent, ce sont des accès passagers d'obstruction intestinale que l'on observe, qui peuvent céder au bout de quelques jours. Cependant la mort est possible et peut survenir après 15 jours ou un mois d'accidents irréguliers d'obstruction. Ceci représente la forme chronique de l'occlusion de l'intestin; c'est celle que l'on observe aux stades avancés de la maladie. Il ne faut pas omettre que l'occlusion peut venir d'emblée comme le premier signal d'une péritonite latente.

Les *perforations* du péritoine vers l'intestin sont fréquentes surtout dans les formes ulcéreuses de la maladie. Elles occasionnent une diarrhée intense, et, par suite, augmentent la cachexie. Si ces perforations siègent entre deux anses de l'intestin et si elles réunissent ainsi en les faisant communiquer les parties

(1) *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, Article PÉRITONITE GÉNÉRALE CHRONIQUE; SIREDEY et DANLOS.

extrêmes de cet organe, « tout un segment du tube digestif se trouve retranché dans le travail de l'assimilation et il en résulte une lientérie rapidement mortelle » (Boulland).

Dans les cas de pelvi-péritonite, la collection purulente du petit bassin peut communiquer par une perforation avec le vagin; c'est la terminaison la moins défavorable. Elle peut s'ouvrir aussi dans le rectum, dans l'espace pelvi-rectal, dans l'utérus. De toutes les fistules, la plus grave de beaucoup est celle qui établit une communication entre le péritoine pelvien et la vessie.

Dans la pelvi-péritonite, les masses ganglionnaires tuberculeuses déterminent quelquefois aussi des phénomènes de compression sur le rectum ou sur les voies urinaires.

Marche, durée, terminaisons. — La tuberculose aiguë du péritoine marche souvent par poussées successives. Celles-ci deviennent de plus en plus graves, l'organisme se trouvant chaque fois plus détérioré par les atteintes précédentes.

Malgré tout, la tuberculose péritonéale aiguë a une marche rapide; elle évolue habituellement dans l'espace d'un mois; sa terminaison est presque toujours mortelle. Le *pronostic* est donc grave par la tendance de l'affection à se généraliser, par ses poussées successives et ses récidives, enfin par sa marche rapide qui ne donne pas aux moyens thérapeutiques le temps d'agir.

Dans la tuberculose péritonéale ulcéreuse, les malades s'affaiblissent graduellement, tombent dans un état d'extrême cachexie, meurent autant de leur péritonite que de la pleurésie possible, mais surtout de la phtisie pulmonaire qui ne manque presque jamais. En outre, c'est dans cette forme que les complications sont les plus nombreuses: les poussées aiguës, l'issue de l'épanchement dans une cavité voisine ou à l'extérieur.

Cette forme est donc redoutable non seulement par la cachexie qui en est la conséquence, mais encore par les nombreuses complications auxquelles elle expose le malade. Le pronostic n'est relativement favorable que dans les cas où les épanchements péritonéaux sont enkystés, restent stationnaires ou peuvent être traités efficacement s'ils s'ouvrent au dehors.

La péritonite tuberculeuse fibreuse dure 5 mois en moyenne; elle peut se prolonger plus longtemps si le travail cicatriciel reste stationnaire (Boulland), les épanchements persistent même après la disparition des phénomènes subaigus.

La tuberculose fibreuse peut se compliquer de poussées de granulations miliaires; on voit survenir alors tous les symptômes qui caractérisent la forme aiguë. Si les poussées se répètent, la tuberculose tendra de plus en plus à se généraliser et entraînera une terminaison fatale à bref délai.

D'autres fois, c'est la forme ulcéreuse qui vient compliquer la forme fibreuse. Alors l'épiploon, le paquet intestinal rétractés, augmentent de volume à la suite du développement de masses tuberculeuses au milieu de leurs adhérences. Il survient de la diarrhée, des oscillations irrégulières de la température, des sueurs, puis la cachexie et la mort.

Diagnostic. — La seule affection que l'on puisse véritablement confondre avec la tuberculose péritonéale aiguë est la *fièvre typhoïde*. La péritonite peut débuter et évoluer en empruntant la plupart des symptômes propres à la dothiéntérie, mais tandis que dans cette forme la pleurésie est assez fré-