

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 tuberculostercoral 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 récives, 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-

quente pour faire partie intégrale du cortège symptomatique de la péritonite, elle manque très souvent dans la fièvre typhoïde. La présence de l'ascite, les irrégularités de la fièvre, la coexistence fréquente de lésions pulmonaires, l'absence de troubles digestifs, feront pencher la balance en faveur de la tuberculose péritonéale.

Le cancer miliaire aigu, disséminé, du péritoine, surtout quand il ne présente pas de tumeurs perceptibles, donne lieu à des symptômes qui ont l'analogie la plus frappante avec la péritonite tuberculeuse aiguë⁽¹⁾; il est vrai que sa marche est plus rapide, et que la mort arrive rapidement précédée de symptômes cérébraux, puis de coma.

La forme ulcéreuse est parfois d'un diagnostic assez délicat. Lorsqu'elle débute, ce qui est le cas le plus ordinaire, sur un sujet bien portant chez lequel il n'existe aucun accident pouvant faire soupçonner la tuberculose, on peut penser à une péritonite chronique simple.

Nous avons étudié cette affection, nous avons montré combien elle est rare, et surtout combien il faut se mettre en garde contre ce diagnostic si limité. Il n'y a guère que trois affections qui sont susceptibles de se compliquer de péritonite chronique simple : l'alcoolisme, le mal de Bright, les cardiopathies chroniques. En dehors de ces cas, l'affection doit être infiniment rare, et toute péritonite chronique qui n'est pas sous la dépendance possible de ces causes doit être mise en doute et suspectée.

On sait qu'il est fréquent de voir la péritonite tuberculeuse ressembler à un kyste de l'ovaire. Ce qui le prouve surtout, ce sont les nombreuses erreurs de diagnostic commises par les chirurgiens les plus experts qui ouvrirent le ventre des malades croyant trouver un kyste, et qui constatèrent une péritonite. Il est vrai qu'une méthode de traitement est née de ces erreurs, et que les malades ainsi traités guérissent souvent. La malade de Spencer Wels, la première chez qui l'erreur fut commise et le traitement mis en œuvre, a survécu plus de 20 ans à l'opération.

D'ailleurs tous les kystes abdominaux ou du péritoine, même les kystes hydatiques du foie, peuvent être pris pour des péritonites tuberculeuses.

Lorsque la péritonite tuberculeuse se complique d'ascite, le diagnostic est plus difficile encore, et l'erreur que l'on commet le plus fréquemment dans ce cas, c'est de croire à une cirrhose atrophique ou à une ascite produite par quelque tumeur de l'abdomen.

L'examen du liquide retiré par la ponction peut être d'un grand secours pour le diagnostic (voir Ascite); nous ne signalerons ici que les points généraux.

Lorsque l'ascite est due à une simple gêne circulatoire, le liquide est limpide, fluide, ressemblant à de l'eau légèrement colorée : il contient peu d'albumine, point de fibrine, ne forme point de sédiments dans le verre où il est déposé.

S'il s'agit d'une péritonite chronique, le liquide est ordinairement un peu filant, presque jamais complètement transparent, toujours légèrement trouble. « ce qui le fait ressembler au petit-lait » (Terrillon). De plus, dans cette variété, le liquide contient beaucoup d'albumine, des sédiments abondants, beaucoup de globules rouges, de même que des globules blancs aussi en grande quantité.

Enfin, si l'ascite est produite par une tumeur abdominale irritant le péritoine, le liquide est albumineux, assez limpide, mais aussi ordinairement coloré. « On

⁽¹⁾ Dict. encyclopédique, loc. cit.

dirait un mélange de bile » (Terrillon). — Dans les sédiments apparaissent des éléments figurés qui, par leur nombre et leur nature, acquièrent ici une importance toute particulière. Sans parler des hématies et des gros globules blancs pleins de granulations graisseuses très réfringentes, on trouve des cellules irrégulières possédant, autour d'un noyau central, des granulations nombreuses. — « La présence de ces cellules est le plus souvent un signe de tumeur maligne. »

Ces renseignements déjà précieux seront complétés par l'étude attentive des symptômes abdominaux.

Le diagnostic avec la cirrhose atrophique vulgaire est souvent difficile; c'est celui qui se présente le plus fréquemment en clinique : dans la cirrhose, l'ascite est constante, abondante, récidivante; le liquide est parfaitement mobile dans la cavité abdominale; la circulation supplémentaire est localisée à l'hypocondre droit; le foie est atrophié, la rate est grosse; la maladie évolue lentement, d'une façon chronique et traînante, sans fièvre, sans aucun des symptômes généraux qui font l'allure spéciale de la péritonite tuberculeuse. Dans des cas semblables, en comparant ces symptômes à ceux de la péritonite tuberculeuse, l'erreur n'est guère possible.

Mais, où elle devient fréquente et souvent inévitable, c'est lorsque l'on se trouve en face d'un malade atteint d'une tuberculose du foie (type Hanot-Lauth). L'ascite n'est d'aucun secours et ne peut entrer en ligne parmi les éléments de jugement, car elle existe dans les deux affections : de plus le diagnostic en est rendu plus délicat encore — cirrhose et péritonite tuberculeuses coexistant fréquemment. Voyons rapidement comment se caractérise la cirrhose tuberculeuse. Le début, lent, est signalé par l'apparition de douleurs abdominales accompagnées d'un léger épanchement : le foie est quelque peu douloureux à la pression; l'ascite augmente et nécessite des ponctions répétées; quelquefois elle reste peu abondante jusqu'à la fin, son absence est rare, la rate est hypertrophiée. Il existe presque toujours du subictère, surtout dans les dernières périodes. Parfois, on observe des crises de polyurie avec disparition ou diminution spontanée de l'épanchement abdominal. Généralement, le malade succombe aux progrès d'une cachexie rapide. Parfois, la cellule hépatique est touchée et l'on voit se dérouler des symptômes graves : état typhoïde, hémorragies. Lorsque la péritonite tuberculeuse complique la cirrhose, c'est cependant la physionomie de la cirrhose qui domine.

Mais l'embaras peut être extrême dans d'autres cas. Lorsqu'il n'existe aucun symptôme thoracique appréciable, on peut hésiter avec des manifestations abdominales présentées par les névropathes et surtout les hystériques. L'hystérie, la grande simulatrice de toutes les affections organiques du système nerveux, peut aussi prendre le masque de presque toutes les affections viscérales, et en particulier celui de la péritonite tuberculeuse. — Nous avons observé à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, un malade qui présentait tous les symptômes abdominaux de la péritonite tuberculeuse, à ce point que dans un hôpital de province où il avait séjourné quelque temps, on avait décidé d'intervenir chirurgicalement. Ce n'est qu'au moment de l'opération que tous les symptômes disparurent, et en particulier le météorisme, et que l'on reconnut qu'il s'agissait de phénomènes nerveux.

Chez les jeunes femmes il importe de se méfier de cette erreur, et de rechercher minutieusement tous les stigmates de la névrose.

Dans le même ordre d'idées, il faut éviter de croire à une péritonite, lorsque le ventre est seulement anormalement développé. Chez les jeunes enfants et surtout chez les rachitiques, le météorisme, le ballonnement du ventre en ont souvent imposé. Il faut étudier tous les aspects de l'abdomen comparativement dans ces deux cas, et se souvenir que la phtisie péritonéale est extrêmement rare chez les jeunes enfants à l'âge où le rachitisme est si fréquent; « chez le rachitique, le ventre est globuleux, mou, pâteux, sans élasticité ni rénitence. Chez le phtisique, le ventre est ovalaire, tendu, rénitent ou luisant. » (Rilliet et Barthez.)

En dehors de l'hystérie, la *tympanite* peut s'observer lorsque l'intestin est comprimé en un point. Dans ce cas le palper, abdominal ne donne pas la sensation d'empatement et de rénitence particulière à la péritonite chronique, mais révèle quelquefois la présence d'une tumeur dans les fosses iliaques ou dans le petit bassin; l'exploration du poumon reste muette. Il y a constipation habituelle et rejet par l'anus, après de douloureux efforts, d'excréments aplatis, rubanés. Le toucher rectal permet souvent de limiter exactement le siège de la compression.

Le *cancer du péritoine* a aussi des symptômes communs avec la péritonite tuberculeuse. Généralement cependant, le cancer est presque toujours consécutif à un cancer viscéral; les douleurs y sont plus vives, la marche plus rapide, la cachexie plus prompte. L'âge des malades est d'ailleurs d'une importance extrême (Siredey et Danlos); cette dernière considération ne doit pourtant pas inspirer une sécurité absolue, car la péritonite tuberculeuse a pu exceptionnellement s'observer chez le vieillard, et, réciproquement, le cancer du péritoine a été plusieurs fois rencontré chez des femmes jeunes à la suite du cancer de l'ovaire. — Signalons encore (Siredey et Danlos) un symptôme rare, mais décisif pour le cancer: c'est la présence d'indurations superficielles doublant la paroi abdominale par places, sous forme de plaques ou de nodosités développées parfois au niveau des ponctions.

La *syphilis abdominale* à forme ascitique doit aussi être éliminée. Le foie est presque toujours intéressé, l'albuminurie est fréquente. Par la connaissance des antécédents, l'auscultation négative du poumon, la coïncidence des manifestations syphilitiques feront disparaître toute hésitation.

Virchow et récemment Pick (*Soc. méd.*, Berlin, nov. 1898) ont vu un cas de syphilis où il y avait des granulations semblables aux granulations tuberculeuses et des lésions viscérales amyloïdes.

Traitement. — En l'état actuel de la science, il n'est pas possible de se borner à indiquer le traitement purement médical de la péritonite tuberculeuse. Il faut reconnaître qu'il n'est que palliatif localement, et lorsqu'il s'adresse à l'état général, il met seulement le malade en état de se défendre lui-même. Les chirurgiens se sont, dans bien des cas, et pour quelques formes de la maladie, emparés du traitement, et ils ont pu enregistrer de nombreux succès. Le premier chirurgien qui a opéré une péritonite tuberculeuse avait, nous l'avons dit, fait une erreur de diagnostic, et ne chercha pas à celer son étonnement lorsqu'il s'aperçut qu'après avoir ouvert le ventre pour une tumeur abdominale, il l'avait fait inconsciemment pour une péritonite tuberculeuse; mais celle-ci a guéri!

Traitement médical. — Localement, on utilise les révulsifs sous toutes les

formes: vésicatoires volants, badigeonnages de teinture d'iode, pointes de feu, on emploie les préparations calmantes (belladone, opium), tant pour apaiser les douleurs que pour immobiliser l'intestin; on badigeonne l'abdomen au colodion.

Traitement général. — Il importe surtout de soutenir la nutrition par l'alimentation la meilleure, il est bon de suralimenter les malades, le mieux est de leur faire prendre la poudre de viande, 100 grammes par jour environ. Il faut prescrire les reconstituants: huile de foie de morue, phosphate de chaux, eaux minérales iodo-bromurées ou sulfureuses.

Le malade devra éviter toute fatigue. Si la maladie marche lentement, il ne gardera pas le lit et sera placé dans les meilleures conditions d'aération et d'hygiène possibles.

Traitement chirurgical. — La première intervention remonte à Spencer Wells qui, en 1862, pratiqua une laparotomie, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire. Le ventre incisé, le chirurgien ne trouva pas de kyste; il s'agissait d'une ascite tuberculeuse, le péritoine était criblé de myriades de granulations tuberculeuses; on évacua le liquide et on sutura la plaie; une violente péritonite fut la conséquence de cette intervention; la femme guérit, quatre ans après elle put se marier. La guérison s'est maintenue depuis 27 ans.

Après ce fait, les interventions furent rares: presque toutes résultaient d'erreurs de diagnostic.

König, en 1884, recommanda la laparotomie comme moyen thérapeutique dans la péritonite tuberculeuse dont le diagnostic est confirmé.

En 1886, Truc en cite 15 cas; Kummel, en 1888, en note 50 cas.

Maurange en rassemble 71, Ceccherelli 86; M. Routier, dans un travail d'ensemble sur la question, cite 90 cas. König a pu trouver 151 observations de péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie.

De ces statistiques, il résulterait qu'un quart environ des malades peuvent être considérés comme guéris. Ce n'est donc pas un fait de minime importance.

Les moyens employés par les chirurgiens sont nombreux: ponction simple, laparotomie avec ou sans lavage, avec excision, grattage, et résection d'organes tuberculeux.

Il est évident que l'indication opératoire dépend avant tout de la forme clinique de la maladie. Nous ne nous occuperons que des moyens qui sont entre les mains des médecins. La ponction seule est souvent employée comme procédé palliatif dans la forme ascitique de la maladie; ce n'est pas, à proprement parler, un moyen curatif.

Or, c'est du moins ce qu'a soutenu, et avec des observations à l'appui, M. le professeur Debove, on peut pratiquer la ponction, et faire du même coup un lavage, c'est-à-dire le mettre dans les conditions qui ont si bien réussi aux chirurgiens, et cela sans laparotomie.

L'idée de M. Debove avait été déjà présentée théoriquement par Truc, qui avait pensé qu'il serait possible d'arrêter les accidents de la péritonite tuberculeuse en faisant suivre la ponction d'une injection d'éther iodoformé dans la cavité péritonéale.

Maurange conseillait sagement de substituer à l'éther iodoformé la vaseline, qu'il reconnaît comme un excellent modificateur des lésions tuberculeuses.

M. Debove a imaginé un autre mode opératoire. Il fait d'abord la ponction et,