

bien souvent des cicatrices intestinales chez ceux qui ont succombé à la péritonite tuberculeuse.

Cette opinion est battue en brèche par Spillmann<sup>(1)</sup> qui considère que les lésions intestinales sont postérieures à la péritonite. Sur 54 cas, il n'a noté que 8 fois l'existence d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin. Aussi, suivant lui, a-t-on pu dire avec raison que de tous les organes de l'économie, le poumon et l'intestin, atteints de tuberculose, se compliquent le plus rarement de tuberculose péritonéale. Dans l'entérite tuberculeuse, on observe bien des péritonites adhésives, locales, circonscrites, mais jamais généralisées.

A côté de ces opinions contradictoires, des auteurs ont émis d'autres hypothèses que des expériences n'ont pas tardé à vérifier. On a pensé que l'altération primitive de la muqueuse n'était pas nécessaire; que le virus pouvait pénétrer dans l'organisme à travers une muqueuse absolument saine, et que pour cela le contact prolongé n'est même pas indispensable. C'est ce qu'a prouvé Dobroklonsky<sup>(2)</sup>. Cet auteur a étudié la pénétration du bacille tuberculeux dans l'organisme à travers la muqueuse intestinale, et il est arrivé à démontrer que le parasite pouvait traverser la paroi de l'intestin, sans qu'il soit utile qu'une modification locale quelconque existât, non plus qu'un processus inflammatoire antérieur: le bacille pénètre sans léser aucun des éléments de la muqueuse. Ceci éclaire d'un jour nouveau l'étiologie de la péritonite tuberculeuse, et prouve qu'elle peut être réellement une manifestation initiale de la tuberculose. Straus dans un travail des *Arch. exp.* (janv. 1896), en faisant ingérer à des cobayes des matières tuberculeuses, a obtenu des lésions d'entérite tuberculeuse, mais n'a trouvé dans aucun de ses cas de péritonite. La question est donc on le voit difficile à trancher d'une manière absolue.

En résumé: l'intestin est la porte d'entrée la plus fréquente de la péritonite spécifique; celle-ci peut être soit primitive, soit consécutive à l'entérite tuberculeuse. Il conviendrait d'exposer ici ce que nous savons du rôle de l'alimentation dans l'introduction des bacilles par les voies digestives, nous renverrons au chapitre de l'entérite tuberculeuse dans lequel cette question a été traitée avec détails. Nous ajouterons cependant que pour M. Marfan la voie ordinairement suivie serait la voie sanguine.

Dans sa thèse, Ch. Levi-Sirugue a montré qu'on peut chez le chien reproduire toute la série des formes depuis la péritonite caséuse purulente la plus rapidement mortelle, jusqu'à des formes d'ascite curable ressemblant absolument aux formes observées en clinique et dénommées sous le nom « d'ascite curable des jeunes filles » (Cruveilhier). Tandis que les premières étaient obtenues par l'injection péritonéale de crachats ou d'autres matières tuberculeuses, les dernières étaient réalisées par l'injection de culture bacillaire peu virulente. Dans deux de ces cas, l'auteur a vu l'ascite se résorber spontanément, et l'animal sacrifié en voie de guérison ne montrait plus que des reliquats microscopiques des lésions tuberculeuses. C'est là la démonstration de ce fait établi par la clinique que nombre de péritonites tuberculeuses avec ascite guérissent, et que le péritoine résiste bien comme la plèvre dans sa lutte avec le bacille de Koch, à condition que le bacille ne soit pas trop virulent, qu'il n'ait pas pénétré en trop grande quantité, que les inoculations microbiennes ne soient

<sup>(1)</sup> *Dict. encyclopédique*; Article PÉRITONITE TUBERCULEUSE.

<sup>(2)</sup> DOBROKLONSKY, *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, mars 1890.

pas trop répétées, que l'organisme soit suffisamment résistant, c'est-à-dire surtout que la glande hépatique n'ait pas déjà subi de dégénérescence.

Ces faits viennent appuyer l'idée que nous défendons plus haut que la plupart des péritonites chroniques ascitiques dites idiopathiques doivent être des tuberculoses atténuées.

**Causes occasionnelles.** — Il est tout un groupe de causes qui invitent la tuberculose à frapper le péritoine. Elles sont l'occasion que le bacille saisit pour infecter la séreuse abdominale.

Parmi celles-ci: les traumatismes de l'abdomen, la présence d'un kyste hydatique du foie, d'un kyste de l'ovaire, l'alcoolisme avec ou sans cirrhose atrophique, en provoquant une irritation péritonéale, appellent la localisation bacillaire.

On peut rapprocher de ces faits la célèbre expérience de Max Schüller: une articulation est contusionnée et l'on injecte dans le sang des bacilles de Koch; la jointure enflammée se tuberculise. De même, si le péritoine est atteint d'inflammation chronique chez un individu dont le sang contient des bacilles, ou dont l'intestin en possède, la péritonite tuberculeuse pourra naître. On a vu se produire des granulations tuberculeuses à la surface de l'épiploon ou de l'intestin hernié, l'irritation locale avait appelé en quelque sorte la tuberculose. C'est ainsi que, dans une observation<sup>(1)</sup> datant déjà de loin (John Baron, 1818, trad. Boivin, 1825), il se développa une péritonite tuberculeuse suivie de mort deux mois après l'opération de la hernie étranglée.

**Causes prédisposantes.** — Ce sont toutes celles qui affaiblissent l'organisme et en font un terrain favorable à la culture du bacille: misère, surmenage, privation d'air et de soleil, alimentation vicieuse ou insuffisante, encombrement, acclimatement. D'où la fréquence très grande de la péritonite tuberculeuse chez les jeunes soldats où toutes ces influences sont réunies.

En tout état de cause, la fréquence de la péritonite tuberculeuse est plus grande avant 20 ans, chez les enfants et les adolescents.

C'est une maladie rare au-dessous de 4 ans (l'âge le plus jeune a été de 4 mois)<sup>(2)</sup>; exceptionnelle chez le vieillard. Il n'y a généralement aucune tare antérieure. Ceci n'est pas étonnant puisque nous savons que le bacille peut pénétrer dans les voies digestives avec l'alimentation, gagner le péritoine sans léser l'intestin, et la péritonite être parfois la première manifestation de la tuberculose.

**Anatomie pathologique.** — Dans la péritonite tuberculeuse, comme dans l'arthrite ou la pleurésie tuberculeuses, on peut rencontrer le tubercule sous ses 5 formes anatomiques: le tubercule miliaire, le tubercule ulcéré, caséifié, et le tubercule de guérison ou fibreux; à chacune de ces formes primitives correspond une forme de maladie.

Si les granulations miliaires envahissent le péritoine, elles se disséminent en grand nombre sur la séreuse; il y a une sorte d'éruption plus ou moins confluyente de tubercules qui ne vont pas à l'ulcération; il en résulte une forme aiguë de la maladie.

Mais on sait aussi que, suivant la loi de Grancher, le tubercule évolue dans

<sup>(1)</sup> *Dictionnaire encyclopédique*.

<sup>(2)</sup> Thèse Levi-Sirugue.

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.