

Pour résumer, je dirai que pour ma part c'est à la laparotomie que j'ai recours dès l'abord et systématiquement, sauf contre-indication ; elle est plus simple, et plus innocente, car elle est moins aveugle que toutes ces ponctions faites dans un abdomen souvent cloisonné d'adhérences intestinales qui exposent à des accidents inattendus ; en outre, elle est aussi efficace, sinon plus.

Outre les mémoires cités au cours de cet article, voici les notes bibliographiques qui ont servi à la rédaction de ce qui précède.

1876. — GAUDERON, La pér. idiopathique aiguë.  
 1885. — TRABAUD, Contrib. à l'étude de la pér. tubercul. chez l'adulte, thèse de Lyon, n° 265.  
 1886. — NAUMANN, Pér. tubercul. traitée par la lapar. (*Arch. für klin. Chir.*, n° 2, p. 30).  
 1887. — SPILLMANN et GANGINOTTY, art. PÉRITONITES (*Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XXII, 2<sup>e</sup> série, p. 393). — VAN DER WARKER, *Améric. Journ. of Obst.*, 1887. — SCHWARTZ, Incision palliative dans la pér. tuberc. (*Rev. des sc. méd. de Hayem*, t. XXX, p. 613). — WEINSTEIN, Rapp. de la pér. tuberc. et de la lapar. (*Wiener med. Blätter*, p. 528, anal. in *Rev. de Hayem*, t. XXX, p. 613). — KUMMEL, Lapar. dans la pér. tuberc. (*Rev. de chir.*, n° 12, p. 1055).  
 1889. — DUPONCHEL, Pér. tuberc. localisée d'origine traum., occlusion intestinale. troubles respir., lapar., amélioration (*Gaz. hebd.*, n° 6, p. 93). — K. FRANCK, *Brit. med. Journ.*  
 1890. — BRUHL, Du traitement de la pér. tuberc. (*Gaz. des hôp.*, 25 octobre, n° 123, p. 1137). — ROUTIER, Trait. chir. de la pér. tuberculeuse (*Méd. mod.*, 3 avril, n° 15). — JACOBS, *Clinique de Bruxelles*, avril 1890. — TERRILLON, Trait. chir. de la pér. tuberc. (*Sem. méd.*, 15 octobre, n° 15, p. 378). — MATHIS, Traitement de la pér. tuberc., thèse de Paris, 1890. — VIERORDT, *Deutsche Arch. für klin. Med.*, 1890). — O'CALLAGHAN, Pér. tuberc. (*Rev. des sc. méd. de Hayem*, t. XXXVI, p. 646).  
 1891. — JONNESCO, Tuberculose herniaire (*Rev. de chir.*, mars et juin 1891. — CANNIOT, thèse de Paris. — LAUENSTEIN, Action curative énigmatique de la lapar. dans la pér. tuberc. (*Centralbl. für Chir.*, p. 793, anal. in *Rev. de chir.*, p. 364). — MILLER, Pér. tuberc. et lapar., anal. in *Rev. des sc. méd. de Hayem*, t. XXXVIII, p. 616. — HELDREICH, *Rev. de Hayem*, t. XXXVIII, p. 616. — MIKULICZ, *Rev. de Hayem*, t. XXXVIII, p. 616. — BACKER, Étrangl. intest. par une bride de pér. tuberc. Lapar. Guérison (an. in *Rev. de Hayem*, t. XXXVIII, p. 617). — MONNIER, *Rev. de clin. et de thérap.*, 11 novembre.  
 1892. — LE BAYON, Typhlite tubercul. chron., thèse de Paris. — SIMS, Lapar. pour pér. tuberc. (an. in *Rev. de Hayem*, t. XXXIX, p. 248). — BRAUN, *Rev. de Hayem*, t. XXXIX, p. 248. — FENWICK et POGSON, *Rev. de Hayem*, t. XXXIX, p. 248.  
 1893. — NARNOTTI et BACIOCCHI, Pér. tuberculeuse et laparot. (*Gaz. hebd.*, n° 33, p. 395). — LINDER, Traitement opér. de la pér. tuberc. (*Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Band XXXV, p. 448).  
 1894. — CASINARI, Lapar. dans la pér. tuberc. Clinique chirurg. du prof. Novaro (*Riforma med.*, 1, 2, 3 mars, p. 591, 602, 614). — DEMMLER, Lapar. pour pér. tuberc., fistule persistante. Mort par cachexie (*Soc. de chir.*, 3 janv., p. 36). — WARNECK, Sur l'action thérap. de la lapar. dans la tubercul. pér. (*Wiener med. Blätter*, n° 3). — JULIAN ROSAL, Quelq. considér. sur la pér. tubercul., thèse de Paris. — GUIGNABERT, Trait. de la pér. tubercul. par les inject. de naphthol camphré, thèse de Paris. — BARBIER, Pér. tubercul. et naphthol camphré (*Rev. de thérap. méd.-chir.*, 1<sup>er</sup> juin, p. 286). — BECK, De la pér. tubercul. et purul. (*The New York med. Journ.*, 21 avril, p. 488). — DEMMLER, Obs. de pér. tubercul. avec ascite, traitée par ponction et inject. de naphthol camphré (*Gaz. des hôp.*, avril, n° 44, p. 408). — GUILLEMAIN, Tuberculose de l'ovaire (*Rev. de chir.*, 1894). — TSCHEGOLEIO, Pér. tuberc. et laparot. (*Mercur. méd.*, n° 28, p. 351). — NARNOTTI et BACIOCCHI, Mécanisme de la guérison de la pér. tuberc. après la lapar. (*Mercur. méd.*, n° 20, p. 241). — FOLET, Insufflation d'air dans la pér. tuberc. (*Mercur. méd.*, n° 48,

- p. 587, et *Rev. de chir.*, n° 12, p. 1068). — MARTEL, Tumeur kystique de l'ovaire, tuberculose pleuro-périt., ovariectomie, guérison (*Province méd.*, 2-6, p. 256). — MONTAZ, Pér. tuberc. lapar. trois fois (*Soc. de méd., de chir. et de pharm. de l'Isère et Dauphiné médical*, mars, p. 64). — TRÈVES (Fréd.), Trait. de la pér. tubercul. (*Ann. of Surgery*, mai, p. 619). — VARIOT, Sur la curabilité de la péritonite tuberculeuse (*Rev. ill. de polytechn. méd. et chir.*, 30 mars, p. 65). — Pér. tubercul. de l'enfance (*Riforma med.*, 18 juin, p. 769). — LASSERRE, De la tubercul. pleuro-périt. subaiguë, thèse de Paris, 1<sup>er</sup> mars. — HABERSOHN, Tubercul. des ovaires (*Patholog. Society of London*, 1894).  
 1895. — TSCHEGOLEFF, Influence de la lapar. dans la pér. tubercul. (*Gaz. hebd.*). — CATRIN, Trait. de la pér. tubercul. par le naphthol camphré (*Mercur. méd.*, n° 19, p. 224).  
 1896. — VARNECK, Résultats favor. de la lapar. dans la pér. tuberc. (*Wratch*, n° 45, p. 128). — VEDLITCHKO, Pér. tubercul. très améliorée par la tuberculine (*Bolnichnoia Gaz. Botkina*, n° 39, p. 970). — GATTI, Mécanisme de la guérison de la pér. tuberc. après la lapar. (*Arch. für klin. Chir.*, Bd. LIII, p. 654 et 709, anal. in *Rev. de thérap.*, avril 1897). — ANGIKANY, Trait. chir. de la tuberculose pér., thèse de doct. Montpellier. — CELLIER, Trait. de la pér. tuberc. par ponction suivie de lavage à l'eau stérilisée, thèse de doct. de Toulouse. — CRAMER, Tuberculose pér. avec échinocoques du foie (*Vereinsheil. de Deutsche med. Woch.*, 26 novembre, p. 212). — HOLMES, Pér. tuberc. (*Annales of Gynec.*, oct. 1896, p. 1). — LENOIR, Des insufflations d'air dans le trait. des pér. tuberc. thèse de doct. de Lille. — NAUMANN, Tuberc. pér. (*Centralbl. für Chir. Nord med. Arch.*, t. VI). — SEGANTI, Thérapeutique de la pér. tuberc. (*Nord med. Arch.*, t. VI). — URSO, Lapar. pour tuberculose pér. (*Il Policlinico*, 1<sup>er</sup> juin, p. 276). — LÖHLEIN, De l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur dans l'ascite tuberc. (*Therap. Woch.*, p. 201). — ORTMANN, Contrib. à l'étude de la tubercul. primit. des trompes (*Revue de tuberc.*, p. 69). — P. MAAS, De la tubercul. des org. génit. féminins dans l'enfance, 1896. — NÉLATON, Pér. tubercul. (*Gaz. hebd.*, n° 55, p. 655). — ABBE, Pér. tubercul. (*Gaz. hebd.*, n° 77, p. 916).  
 1897. — AVERILL, Pér. tuberc. chez un enfant : lapar. heureuse (*British med. Journ.*, 16 janv., p. 142). — DÖLLINGER, Tubercul. du pér. Laparotomie (*Pest. med. chir. Presse*, 14 février 1897, p. 165). — MARAGLIANO, Tubercul. du pér. et de la plèvre (*Riforma med.*, 5 mars, p. 628). — NOGUÉ, Trait. de la pér. tubercul. chronique (*Rev. intern. méd. et chir.*, 25 janv., p. 39). — QUERVAIN, Tubercul. par corps étrangers du pér. avec échinocoque uniloculaire (*Centralbl. für Chir.*, 9 janv., p. 1). — SEFF, Cas de pér. tuberc. (*Wratch*, n° 3, p. 84). — VARNECK, Résult. favor. de la lapar. dans la pér. tubercul. 2 cas (*Wratch*, n° 45, p. 128). — VERSTRAETE, Ascite tubercul. Lapar. Ponctions répét. Guérison (*Journ. de méd. de Lille*, 13 févr. 1897, p. 157). — CARNOT, Tubercul. utérine (*Soc. anat.*, mars 1897). — POTHERAT, Pér. tubercul. avec lésions des annexes. Lapar. (*Soc. de chir.*, 9 juin, et *Presse méd.*, 13 juin, p. cclxi).

#### B. — Cancer du péritoine.

Le cancer péritonéal a été décrit déjà par Cruveilhier, Bamberger, Grisolle, qui en ont donné une relation anatomique et clinique à laquelle les travaux récents ont ajouté peu de chose. Cornil et Ranvier décrivent les variétés diverses des tumeurs péritonéales ; puis tous les mémoires qui se rapportent à cette question ne visent plus que des points spéciaux ; c'est ainsi que Kelsch et Wannebroucq, Sourdille, O'Canal, Doemberger, Monnier, Mérand, signalent l'existence de sarcomes péritonéaux ; que Parmentier et Bensaude parlent des lymphadénomes du péritoine ; que Fr. Villar, Quénu et Longuet, Sourdille, étudient la valeur sémiologique du cancer de l'ombilic ; que Feulard, Vilcoq et Landry, Bréchoteau, décrivent les phleg-

mons périombilicaux ; enfin, que Aslanian, William Cazenave, Kleinhauss, Monis, Debove insistent sur la pathogénie du cancer du péritoine.

C'est grâce à tous ces mémoires, dont on trouvera l'indication bibliographique à la fin de cet article, qu'on peut donner une description d'ensemble de cette affection.

**Étiologie.** — Le cancer du péritoine est d'ordinaire consécutif au cancer d'un des viscères abdominaux : l'ovaire, l'utérus, l'estomac, l'intestin, les voies biliaires. Le rein seul semble faire exception et il est rare de voir le péritoine envahi à la suite du cancer rénal.

L'âge d'élection est entre quarante et cinquante ans, réserve faite ici, comme pour le cancer des autres organes, qui apparaît parfois de très bonne heure. Ainsi Doemberger a rapporté un cas de sarcomatose du péritoine chez un enfant de quatre ans. Comme pour la tuberculose du péritoine, le cancer de cette séreuse est beaucoup plus fréquent chez la femme, et cela sans doute pour la même raison anatomique concernant les organes génitaux internes développée page 237. Quant au cancer primitif, si tant est qu'il existe en dehors des cas où on a méconnu un noyau néoplasique viscéral, on en est réduit à invoquer les causes banales habituelles : la diathèse cancéreuse, l'hérédité et même l'action des traumatismes répétés (?).

Pour la pathogénie, nous laisserons de côté, par conséquent, tout ce qui peut avoir trait à ces cancers primitifs hypothétiques, et nous n'aurons en vue que les cancers secondaires.

L'inoculation cancéreuse du péritoine peut se faire de quatre manières principales :

1° *Par la voie lymphatique* ; 2° *par la voie sanguine* ; 3° *par contiguïté* ; 4° *par propagation ascitique*.

1° **VOIE LYMPHATIQUE.** — Il est très fréquent de voir, autour de l'organe primitivement atteint, des traînées, de véritables lymphangites cancéreuses, transparaisant sous le péritoine, sous forme de cordons durs, noueux, blanchâtres, semés sur leur trajet de nodosités cancéreuses secondaires ; cette propagation par la voie lymphatique, qu'on surprend si souvent en flagrant délit, est la voie la plus habituellement suivie par les cellules cancéreuses pour aller infecter le péritoine à distance.

2° **VOIE SANGUINE.** — William Cazenave, Babès et Stoicesco ont observé de véritables métastases cancéreuses pour lesquelles on doit incriminer la voie sanguine. On trouve ainsi loin du siège initial, de véritables greffes, qui peuvent paraître des néoplasies primitives si le cancer viscéral échappe aux recherches.

3° **CONTIGUÏTÉ.** — Pour ce mode de contagion, toute explication est inutile ; il se conçoit par le simple énoncé ; il faut cependant remarquer que la contamination péritonéale ne peut se faire quand la tumeur viscérale n'a pas envahi et ulcéré la séreuse qui la recouvre.

4° **PROPAGATION ASCITIQUE.** — Le liquide néoformé sert ici de véhicule aux cellules cancéreuses et les transporte, pour ainsi dire, en un point plus ou moins éloigné du cancer originel ; mais il faut de toute nécessité, comme dans le cas qui précède, que la séreuse soit ulcérée au niveau du cancer viscéral. Comme le dit très bien Aslanian : « Ce n'est qu'à ce moment que les produits de sécrétion et les éléments figurés, détachés de cette surface, peuvent être transportés au loin pour créer des foyers métastatiques. »

« L'absence d'un épanchement ascitique appréciable, dans quelques rares observations de péritonite cancéreuse, ne constitue pas une contradiction de la théorie en question. On a trouvé, en effet, dans ces cas, quelques cuillerées de liquide péritonéal qui ont suffi pour transporter les cellules ou les parasites cancéreux en des régions éloignées. »

La laparotomie, pratiquée pour extraire les tumeurs végétales de l'ovaire, a plus d'une fois causé l'infection spécifique du péritoine par suite de la rupture d'une poche kystique et l'irruption du contenu de cette poche dans la cavité séreuse. Poupinel rapporte dans sa thèse 14 observations, où l'inoculation cancéreuse était manifestement consécutive à une intervention chirurgicale de cette nature.

**Anatomie pathologique.** — Toutes les variétés anatomiques du cancer peuvent s'observer dans le péritoine ; le cancer miliaire, le cancer colloïde, le squirre, l'encéphaloïde, le cancer vulgaire ont été décrits.

Le *cancer colloïde* est celui qu'on observe le plus souvent dans le péritoine. Il se présente à l'œil comme une masse gélatiniforme ou mucoïde qui atteint des dimensions parfois considérables, envahissant l'épiploon, le mésentère, le méso-côlon et quelquefois le péritoine dans toute son étendue ; le ventre arrive alors à de telles proportions qu'on pense à un kyste de l'ovaire. A la coupe, il s'écoule de ces masses néoplasiques un suc laiteux abondant ; sur les viscères s'étalent des plaques gélatineuses, parcourues de traînées vasculaires avec des zones ecchymotiques sous-séreuses. La disposition histologique de cette variété est alvéolaire ; les parois des alvéoles étant constituées par une charpente analogue aux travées conjonctives de l'épiploon ; le contenu de ces alvéoles est constitué par des cellules volumineuses, dont le protoplasma a subi la dégénérescence colloïde.

Dans le *cancer miliaire*, qui s'observe assez fréquemment aussi, les granulations occupent la séreuse dans toute son étendue, aussi bien sur son feuillet pariétal que sur son feuillet viscéral : elles envahissent même parfois la plèvre. Comme aspect macroscopique, il y a presque identité avec les granulations tuberculeuses ; comme ces dernières, elles ont le volume d'un grain de millet ou d'un petit pois, avec tous les intermédiaires ; leur coloration est grisâtre ou blanc jaunâtre, quelquefois rouge ; par places, elles forment des zones confluentes,

ou elles prennent l'apparence laiteuse de petites pustules. Dans nombre de cas, on ne saurait se faire une conviction diagnostique au simple examen macroscopique; l'histologie seule peut tirer d'embarras; le microscope montre que ces granulations ne contiennent ni cellules géantes, ni bacilles de Koch, et sont constituées par des cellules épithélioïdes.

Quant au *squirre*, qu'on a vu parfois constituer une véritable cuirasse, un véritable blindage du péritoine, d'autres fois des plaques confluentes de noyaux conjonctifs plus ou moins volumineux, il est beaucoup plus rare, ainsi que la *forme encéphaloïde* et la *forme vulgaire*.

Je rappelle qu'on a rencontré dans le péritoine d'autres tumeurs malignes : le *sarcome*, le *lymphadénome*, le *fibro-sarcome*, etc.

Ce qui fait la caractéristique anatomique du cancer péritonéal secondaire, c'est qu'il est toujours de structure exactement semblable à celle de la tumeur primitive. Le plus souvent, on peut voir des cordons blancs, laiteux, durs, renflés de place en place par des nodules cancéreux en chapelet, dont quelques-uns atteignent le volume d'un grain de raisin; ce sont de véritables lymphangites spécifiques, qui aboutissent à des plaques où les nodules s'accumulent et se pressent les uns contre les autres.

Quelles que soient la forme et l'origine du cancer, le péritoine réagit en se couvrant de fausses membranes et en laissant exsuder un liquide ascitique; ce liquide, qui peut être clair et citrin, surtout au début, est, presque toujours, constitué par une abondante sérosité rosée, rouge, ou même franchement hémorragique. Cette coloration du liquide, qui a une importance capitale en clinique, est due à la rupture des vaisseaux néoformés qui sillonnent les exsudats péritonitiques; ces vaisseaux, à parois fragiles, sont très abondants au niveau des adhérences résultant de l'organisation de fausses membranes anciennes. Le sang qui colore la sérosité ascitique peut aussi provenir des poussées de congestion périnodulaire.

Il va de soi qu'en outre de ces lésions ordinaires, le cancer du péritoine peut s'accompagner de lésions secondaires, produites par une perforation viscérale, par la compression de la veine cave, de la veine porte, de l'uretère, etc., par une occlusion intestinale (bride, compression, cancer des parois intestinales), enfin par des phénomènes de généralisation du côté de la peau, de l'ombilic, de la plèvre, des poumons, etc.

**Symptômes.** — Il ne saurait être question ici du cancer miliaire aigu, qui ne présente aucun intérêt pour le chirurgien; dans cette forme, la localisation péritonéale n'est qu'un épiphénomène, le plus souvent masqué par l'atteinte profonde de l'état général, par la cachexie suraiguë, les accidents urémiques, le délire, le coma, qui dominant bruyamment la scène et amènent la mort à brève échéance,

avant qu'on se soit posé la question d'une intervention chirurgicale.

Ce que nous devons avoir en vue, c'est le *cancer chronique*.

Il débute parfois d'une façon aiguë, par une fièvre intense accompagnée de douleurs abdominales vives, de vomissements, etc., puis tous ces accidents s'atténuent jusqu'à disparaître pour conduire à une guérison apparente; cette période de calme relatif dure peu, et l'on ne tarde pas à voir apparaître graduellement l'augmentation de volume du ventre, des douleurs sourdes de coliques, avec de la pâleur, de l'amaigrissement et tous les signes habituels de l'infection cancéreuse.

Plus souvent, cet état chronique progressif n'est pas précédé de la poussée aiguë en question, les troubles abdominaux s'installent sourdement et insidieusement; les douleurs sont localisées en général autour de l'ombilic ou dans les hypocondres, avec des irradiations dans les aines ou les épaules; le malade accuse des alternatives de diarrhée et de constipation, avec des périodes de véritable obstruction intestinale, accompagnée de ballonnement, de météorisme et de vomissements.

Ce qui frappe surtout les malades au début, c'est l'augmentation progressive du volume du ventre, qui les oblige à élargir de plus en plus leur ceinture.

A la période d'état, tous les symptômes précédents se sont aggravés; les douleurs restent cependant assez souvent obscures, vagues, mal localisées, mal définies; elles peuvent être intermittentes ou même disparaître complètement, pour ne se manifester que lorsque la pression ou la percussion les réveille. Les malades se plaignent d'anorexie, de dégoût pour les aliments et surtout pour les viandes; la digestion est pénible, suivie de nausées, de vomissements et de troubles intestinaux qui simulent le rétrécissement de l'intestin. La peau du ventre est tendue, d'un blanc bleuâtre et parfois œdématisée; on voit serpenter à sa surface un réseau de veines sous-cutanées, analogue à celui de la circulation supplémentaire des cirrhoses hépatiques; bientôt, le ventre arrive à un développement énorme, sous la triple influence de l'ascite, de la masse de la tumeur et du météorisme. La distension peut être telle, que le diaphragme est fortement refoulé, ce qui rend la respiration très pénible.

L'ascite, qu'on reconnaît à ses caractères cliniques habituels, est parfois cloisonnée et peu mobile; par la ponction, on obtiendra un liquide rosé, plus ou moins fortement teinté de rouge, rarement séreux. Galvaing cite des cas exceptionnels où les intestins étaient refoulés en arrière et étalés contre la colonne vertébrale, ce qui donnait lieu à une rétraction et à un aplatissement de la paroi abdominale antérieure. La palpation, en général peu douloureuse, permet de constater, outre la fluctuation de l'ascite, la présence de nodosités multiples arrondies, inégales comme volume et comme