

de loges purulentes parfois étendues et multiples; mais elle est rarement généralisée; elle engendre des fausses membranes épaisses et fibrineuses qui font adhérer les anses intestinales et les organes; son pus est verdâtre, épais, homogène, louable. La péritonite streptococcique, au contraire, n'a pas de tendance à s'enkyster, elle tend à se généraliser; elle provoque des membranes minces, peu fibrineuses, qui ne suscitent que de faibles adhérences; son pus n'est ni épais, ni homogène; c'est un liquide séropurulent, comparable à du bouillon sale.

L'entrée en scène de ces deux variétés de péritonites peut être également brusque et bruyante: de part et d'autre, le malade est atteint en pleine santé; les frissons, la fièvre, les vomissements, la douleur abdominale, sont les premiers symptômes; toutefois, «le point de côté abdominal» me paraît plus accentué au cas de pneumococcie; par contre, les vomissements verdâtres, porracés, me paraissent être plus fréquents au cas de streptococcie. Le hoquet est rare dans les deux cas.

J'appelle tout spécialement l'attention sur la diarrhée. On croit trop volontiers que la constipation est un symptôme habituel des péritonites; il faut s'entendre: la constipation est surtout fréquente dans la péritonite appendiculaire et dans la péritonite consécutive aux perforations de l'estomac et du duodénum, mais dans les péritonites pneumococcique et streptococcique la diarrhée est la règle. Dans la péritonite pneumococcique, la diarrhée apparaît dès le début de l'infection, les selles sont liquides, fréquentes, bilieuses, pendant plusieurs jours. Dans la péritonite streptococcique, la diarrhée est signalée dans presque toutes les observations. Parfois, même, la diarrhée a faussement orienté le diagnostic vers l'hypothèse de la fièvre typhoïde.

En somme, les péritonites pneumococcique et streptococcique ont un début analogue, début brusque et soudain; elles ont aussi bien des symptômes communs: douleurs, vomissements, diarrhée. Ce qui distingue vraiment ces deux variétés de péritonite primitive, c'est l'état général du malade, qui, *d'emblée*, diffère dans les deux cas. Dans la périto-

nite streptococcique, les symptômes généraux, la prostration, l'abattement, l'accélération et la petitesse du pouls, le délire, l'ataxodynamie, la tendance rapide au collapsus et au coma, prennent en peu de jours, parfois dès le début, une situation prépondérante. A part quelques exceptions, rien de pareil dans la péritonite pneumococcique, qui peut évoluer pendant des semaines sans échéance fatale.

Le pronostic de la péritonite streptococcique est donc autrement grave que le pronostic de la péritonite pneumococcique. Au cas de péritonite pneumococcique, la toxifinfection reste longtemps abdominale, sans retentir sur le reste de l'économie, tandis qu'au cas de péritonite streptococcique, la toxifinfection est d'emblée terrible; ce qui domine, c'est l'empoisonnement rapide, qui aboutit, en quelques jours, au collapsus, au coma et à la mort.

Ce parallèle entre les péritonites pneumococcique et streptococcique primitives s'applique à la grande majorité des cas. Néanmoins, il y a des exceptions. D'une part, la péritonite streptococcique peut n'être ni très virulente, ni suraiguë; elle peut évoluer lentement et guérir après opération, comme dans le cas, *extrêmement rare* il est vrai, rapporté par Lorrain. D'autre part, la péritonite pneumococcique, par sa grande virulence ou par adjonction microbienne, peut revêtir les allures suraiguës et l'extrême gravité de la péritonite streptococcique. Des cas de ce genre sont exposés au chapitre de la péritonite pneumococcique.

Le seul *traitement* de la péritonite primitive streptococcique est l'intervention chirurgicale *hâtive*. Il faut opérer *aussitôt que possible*, sans renvoyer au lendemain. Si l'opération est faite en temps voulu, on peut espérer la guérison.

§ 6. CANCER DU PÉRITOINE — PÉRITONITE CANCÉREUSE

Étiologie. — L'épiploon est le seul repli péritonéal qui puisse être atteint de cancer primitif; quant au cancer du

péritoine, il est toujours secondaire, il reproduit exactement le cancer de l'organe qui lui a donné naissance (carcinomes, épithéliomas, sarcomes, lymphadénomes). Cette question a été fort bien étudiée dans la thèse d'Aslanian¹, à laquelle je vais emprunter les statistiques suivantes :

Le cancer de l'estomac envahit le péritoine, dans la proportion de 1 sur 4. Le cancer de l'intestin envahit le péritoine dans la proportion de 1 sur 8. Le cancer primitif du foie² envahit le péritoine, dans la proportion de 1 sur 8. Le cancer primitif des voies biliaires envahit le péritoine dans la proportion de 1 sur 2. Le cancer du pancréas envahit le péritoine dans la proportion de 1 sur 5. Le cancer de la rate envahit le péritoine dans la proportion de 1 sur 15. Le cancer du rein envahit le péritoine dans la proportion de 1 sur 15. Le cancer de l'utérus envahit le péritoine dans la proportion de 1 sur 18. Le carcinome et le sarcome sont rares aux ovaires, mais l'épithélium à forme végétante, papilliforme, y est fréquent : il envahit le péritoine dans la proportion de 1 sur 5. Les cancers de la cavité thoracique ne se propagent pour ainsi dire jamais au péritoine, tandis que les cancers du péritoine se propagent souvent aux organes thoraciques, ganglions, plèvres et poumons; je viens d'en observer deux cas dans mon service à l'hôpital Necker.

Anatomie pathologique. — Le processus cancéreux péritonéal se fait en deux étapes; il se localise d'abord sous forme d'une infection de voisinage, puis il se généralise; c'est la péritonite proprement dite. La cavité péritonéale ne peut être infectée que lorsque la séreuse qui entoure l'organe cancéreux est envahie; les lieux d'élection de l'infection péritonéale sont : le péritoine pariétal antérieur, le péritoine diaphragmatique, le péritoine pelvien, le grand épiploon.

Dans la forme *miliaire*, le cancer a l'aspect de tubercules

1. Aslanian. *Péritonite cancéreuse*. Thèse de Paris, 1895.

2. Hanot et Gilbert. *Études sur les maladies du foie*. Paris, 1888.

du volume d'un pois, d'une lentille, d'une noix. Dans la forme *ulcéreuse*, les tumeurs cancéreuses présentent des ulcérations cratériformes. Dans la forme *végétante* qui s'observe surtout à la suite de l'épithéliome végétant des ovaires, le cancer ressemble à des champignons mollasses, hérissés de papilles du volume d'une noisette, d'une noix et au delà. Dans la forme *kystique* qu'on rencontre surtout à la suite du cancer des ovaires, et qui peut aussi se développer primitivement au grand épiploon, le cancer revêt la forme de kystes du volume d'un pois à une pomme. Dans la forme *infiltrante* qui se voit surtout au péritoine pariétal et à l'épiploon, le cancer prend la forme de plaques dures, épaisses, de nappes infiltrées. Toutes ces formes, bien entendu, peuvent être combinées.

Les carcinomes du péritoine sont accompagnés d'inflammation plus ou moins intense du péritoine. Tantôt il ne s'agit que de quelques exsudats fibrineux avec agglutination de quelques anses intestinales et production de liquide citrin, tantôt la *péritonite cancéreuse* est franchement accusée, il y a des adhérences nombreuses entre les feuillets du péritoine et entre les organes abdominaux; ces néomembranes sont vascularisées, parfois hémorragiques, et souvent envahies par la production cancéreuse.

Ces gâteaux cancéreux fusionnés avec les organes et avec les ganglions atteints eux-mêmes de dégénérescence cancéreuse forment parfois d'énormes tumeurs.

L'*ascite* de la péritonite cancéreuse peut atteindre plusieurs litres; le liquide est tantôt citrin, séro-fibrineux, tantôt hémorragique; le liquide hémorragique ne manque pour ainsi dire jamais avec le cancer papillomateux ovaro-péritonéal (Terrier). L'épanchement séro-purulent est beaucoup plus rare. Telie ascite, citrine à une première ponction, peut, comme un liquide pleural, devenir hémorragique plus tard, et réciproquement.

Le liquide hémorragique est rosé, rougeâtre, brunâtre, noirâtre. L'*ascite*, que le liquide soit citrin ou hémorragique, est une complication beaucoup plus fréquente des

néoplasmes abdominaux que l'envahissement du péritoine par le cancer. « Pour les kystes ovariens, Terrier a constaté 29 cas d'épanchement ascitique quand il n'a rencontré que 6 cas de métastase péritonéale sur 175 ovariectomies. »

Hanot et Gilbert, dans leurs études sur les maladies du foie, constatent que, sur 13 observations de cancer du foie, le cancer est dix fois compliqué d'ascite, tandis que la généralisation du cancer au péritoine n'existe que dans trois cas. « Quel que soit l'organe envahi par le cancer, nous avons toujours trouvé la prédominance de l'ascite sur la métastase péritonéale. » (Aslanian.) Non seulement l'ascite est plus fréquente que la métastase cancéreuse au péritoine, mais elle est encore le premier phénomène en date; elle semble précéder l'apparition péritonéale du cancer.

Description. — La péritonite cancéreuse a un début insidieux, elle n'est annoncée par aucun symptôme bruyant; le ventre se ballonne, l'ascite apparaît, le malade se plaint de quelque douleur, et on peut dire que les symptômes de péritonite sont subintrants aux symptômes de généralisation cancéreuse.

Un peu plus tard, à la période d'état, ces symptômes sont plus nettement accusés, l'abdomen est plus développé, l'ascite est plus considérable, une circulation collatérale apparaît souvent sur les parois du ventre, le palper est rarement douloureux, mais il permet de constater, surtout après évacuation du liquide, des indurations, des tumeurs, de forme et de dimensions diverses. Le liquide ascitique est généralement libre dans la cavité péritonéale, on obtient facilement la sensation de flot. Les ganglions inguinaux peuvent être atteints par la dégénérescence cancéreuse; les adénopathies cancéreuses peuvent également se rencontrer en d'autres régions (ganglions sus-claviculaires). Des complications nombreuses (occlusion intestinale, ictère par compression, rétention d'urine) peuvent surgir d'un instant à l'autre. Il faut compter également avec les complications thoraciques, pleurésie cancéreuse, cancer du poumon et du médiastin; j'en ai observé deux cas bien remar-

quables qui ont été consignés dans la thèse de J. Vergely¹.

L'hémorragie intra-péritonéale est si fréquente qu'on peut la regarder comme un symptôme plutôt que comme une complication. La fièvre est loin d'être constante; après une période complètement apyrétique, on voit parfois la température s'élever à 39 et 40 degrés.

Le malade arrive très vite à la cachexie; l'amaigrissement, l'asthénie, font des progrès rapides, la teinte jaune paille s'accuse, des œdèmes périphériques apparaissent et la mort survient quelques mois ou un an après le début de l'envahissement du péritoine.

§ 7. KYSTES HYDATIQUES DU PÉRITOINE

Pathogénie. — Les kystes hydatiques du péritoine sont assez fréquents. On pense que l'embryon exacanthé pénètre dans le péritoine, directement en perforant les parois de l'intestin, ou indirectement en suivant la voie des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Parfois aussi les kystes péritonéaux viennent d'un kyste antérieurement développé dans un autre organe. Dans quelques cas, on peut invoquer la greffe péritonéale par les têtes de taenia mises en liberté à la suite de la rupture naturelle ou artificielle d'un kyste (Soupault)²: il s'agit alors d'échinococcose secondaire³.

Anatomie pathologique. — Le kyste hydatique du péritoine est rarement unique; habituellement, il y a trois, quatre, dix, vingt kystes, quelquefois même cinquante et soixante kystes; on en a compté jusqu'à deux cents et au

1. Vergely. *Pleurésie hémorragique*. Thèse de Bordeaux, 1896.

2. Soupault. *Kystes hydatiques du péritoine*. *Gazette des hôpitaux*, 27 juillet 1895. — Ferval. *Kystes hydatiques intra-péritonéaux*. Thèse de Paris, 1900.

3. Divé. *Echinococcose secondaire*. Thèse de Paris, 1901.