

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 ténia 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.

delà. Leur volume varie à l'infini; plus ils sont nombreux, plus ils sont petits; ils n'ont jamais un volume égal, ils présentent tous des dimensions différentes. Souvent on constate un ou deux kystes de la dimension d'une orange et d'autres kystes plus ou moins nombreux, ayant les dimensions d'une lentille, d'un grain de raisin, d'une noix.

L'hydatite péritonéal a pour siège de prédilection les épiploons, puis le mésentère, le mésocôlon, les replis péritonéaux du petit bassin, les ligaments larges. Les kystes hydatiques affectent des dispositions différentes; ils sont discrets ou confluents, tantôt alignés en chapelet à la façon du streptocoque, tantôt agglomérés en sorte de grappes à la façon du staphylocoque, tantôt entassés et bosselés.

Davaine et Charcot ont démontré que le kyste ne se développe *jamais* dans la cavité péritonéale, il se développe dans le tissu cellulaire sous-séreux; le péritoine recouvre le kyste, il le coiffe et contribue à former son pédicule lorsque le kyste s'éloigne de son point d'origine pour aller plonger jusque dans le petit bassin.

La structure du kyste est celle qu'on trouvera décrite en détail à l'article concernant les kystes hydatiques du foie, mais le kyste péritonéal est en plus entouré d'une membrane formée par le tissu cellulaire sous-péritonéal revêtu de la séreuse. Cette enveloppe peut devenir épaisse et fibreuse, elle contribue à isoler et à fixer le kyste.

Le kyste hydatique peut déterminer des lésions péritonéales, des fausses membranes plus ou moins épaisses avec agglutination des anses intestinales, des brides fibreuses qui ne sont pas en analogie avec les brides de la péritonite tuberculeuse. Il n'est pas rare de trouver un épanchement ascitique dû à une compression de la veine porte.

Description. — Les kystes hydatiques du péritoine évoluent silencieusement pendant un certain temps; le développement du ventre est habituellement le premier signe qui trahit leur présence. Le ventre se développe et se déforme tantôt dans une région, tantôt dans une autre. Cet accroissement du ventre est bientôt suivi de douleurs

continues ou paroxystiques. Quelles que soient les causes de ces douleurs (torsion des épiploons, tractions péritonéales, poussées de péritonites), elles peuvent survenir par crise accompagnées de vomissements et de constipation.

Par son développement, le kyste hydatique provoque des symptômes de compression multiples et variés: la compression de l'intestin est cause de constipation et d'occlusion intestinale. La compression de la veine porte est cause d'ascite et de circulation collatérale. La compression d'un gros canal biliaire est cause d'ictère. La compression de la veine cave inférieure est cause d'un œdème localisé à la moitié inférieure du corps. La compression des uretères est cause d'anurie et d'urémie. La compression des branches nerveuses du plexus sacré est cause de douleurs névralgiques intenses.

En examinant le ventre, on le trouve souvent déformé, bosselé et la percussion permet de délimiter des régions mates et sonores. Les kystes très volumineux peuvent donner une sensation de fluctuation.

Quand les kystes péritonéaux se développent vers le diaphragme, ils peuvent le refouler dans la cavité thoracique et ils provoquent ainsi des symptômes dyspnéiques.

La *grossesse* survenant chez une femme atteinte de kystes hydatiques péritonéaux aggrave singulièrement le pronostic. Porak nous a fait connaître à ce sujet le résumé de 24 observations¹; on y constate les résultats suivants: 2 fois l'accouchement a été prématuré; 5 fois l'accouchement a été spontané mais difficile; 8 fois on a dû ponctionner le kyste pendant le travail; 3 fois le kyste s'est rompu; 2 fois on a pratiqué l'embryotomie et 2 fois l'opération césarienne; 1 fois on a pratiqué la céphalotripsie; 2 fois l'accouchement a été impossible.

L'évolution des hydatides du péritoine est généralement fort lente: pendant toute la première partie de leur développement ils n'occasionnent aucun trouble appréciable;

¹ 1. Porak. *Cazette hebdomadaire*, 1884.

plus tard apparaissent les symptômes de compression et ce n'est qu'après plusieurs années que la maladie aboutit à la phase *cachectique*, perte de l'appétit, amaigrissement progressif, affaiblissement, perte des forces; œdèmes périphériques.

L'apparition des symptômes fébriles, fièvre et frissons, est l'indice de la purulence d'un ou de plusieurs kystes. Les sueurs et la diarrhée complètent le tableau de l'hecticité, cet état aboutit au marasme et à la mort.

La rupture d'un kyste hydatique dans le péritoine est souvent accompagnée d'*urticaire* et de symptômes de péritonite qui ne sont pas toujours mortels.

Ce qui fait l'excessive gravité des kystes hydatiques du péritoine, c'est qu'ils sont presque toujours *multiples*, et à supposer que l'un d'eux puisse guérir, soit spontanément, soit par intervention chirurgicale, les autres kystes continuent leur évolution et deviennent un jour ou l'autre la cause des accidents que nous venons de signaler.

Diagnostic. — Le diagnostic des kystes hydatiques du péritoine se heurte à des difficultés extrêmes; les indurations, les saillies, les tumeurs que forment les hydatides ressemblent aux indurations et aux tumeurs des péritonites tuberculeuse et cancéreuse. Tantôt les kystes donnent la sensation de tumeurs molles, fluctuantes, tantôt elles donnent l'impression des tumeurs indurées et adhérentes aux organes voisins. « On conçoit que la tumeur hydatique ait été prise pour la tumeur distendue par l'urine, pour l'utérus gravide, pour des tumeurs fibreuses fibro-kystiques, pour des collections péri-utérines, pour des trompes kystiques, ou des kystes de l'ovaire. » (Soupault.) La ponction aspiratrice est en somme le seul moyen d'arriver au diagnostic.

Traitement. — Le traitement est bien loin de donner ici les résultats qu'on obtient avec les kystes du foie, et la raison, c'est que les kystes du péritoine sont multiples, d'âges différents, se développant les uns après les autres, et à opposer que, par ponction aspiratrice ou par laparotomie, on

arrive à obtenir la guérison du kyste principal, ou de deux ou trois kystes principaux, il est bien à craindre que les autres kystes n'entrent à leur tour en évolution : *Uno avulso, non deficit alter.*

§ 8. ASCITE

Étiologie. — L'*ascite* est l'hydropisie du péritoine; elle est primitive ou secondaire¹. L'*ascite primitive*, celle qui surviendrait sous l'influence du *froid*, ou sans cause apparente, a été alternativement admise et rejetée par les auteurs; on a vu ce qu'il faut en penser, au chapitre de la *Péritonite tuberculeuse*. L'*ascite secondaire* est consécutive à des troubles mécaniques et à des troubles dyscrasiques. L'*ascite* s'observe à tous les âges, même chez le jeune enfant². Les troubles *mécaniques* sont ceux qui opposent un obstacle à la circulation dans les vaisseaux portes, cirrhose atrophique du foie, pyléphlébite, compression de la veine porte par tumeurs du péritoine, tumeurs du foie, de la rate, du pancréas, du mésentère³. Les troubles *dyscrasiques* sont ceux qu'on observe dans la maladie de Bright et dans les cachexies.

Anatomie pathologique. — La quantité de liquide épanché dans le péritoine peut atteindre 15 et 20 litres : on a même cité des cas de 50 litres et au delà. Le liquide a tous les caractères des liquides des hydropisies; il est transparent, fluide, légèrement citrin; il contient de l'albumine en petite quantité.

Description. — J'ai décrit les symptômes et les signes de l'*ascite*, au sujet de la cirrhose atrophique de Laënnec, et au sujet de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique, aussi je renvoie à ces maladies, afin d'éviter les répétitions. Je dirai seulement que la *marche* et la *durée* de l'*ascite* sont

1. Jaccoud. *Klin. méd.*, Paris, 1887.

2. Barès. *Ascite chez l'enfant*, Th. de Paris, 1887.

3. Augagneur. *Tumeurs du mésentère*, Th. d'agrég. Paris, 1886.