

« qui emploie pour se garnir une serviette dont elle se servait quotidiennement pour s'essuyer les mains après les pansements faits à sa maîtresse ». C'est dans ces conditions que la jeune fille, sortie quelques heures pour prendre l'air, est subitement prise d'un frisson violent accompagné de céphalalgie et de vomissements. Ramenée chez elle en voiture, elle se couche; la fièvre, la diarrhée, l'agitation, le délire éclatent, les règles s'arrêtent brusquement, et, ainsi que je le disais il y a un instant, la mort survient en cinq jours.

Il est vraisemblable que, dans le cas actuel, c'est le streptocoque très virulent de l'érysipèle qui a été l'agent pathogène de la péritonite, ce streptocoque ayant été véhiculé par la serviette contaminée dont s'est garnie la jeune fille au moment de ses règles. Cette pathogénie est fort acceptable, car nous savons, d'une part, qu'un même agent pathogène, le streptocoque, peut déterminer l'érysipèle et la purulence (Widal), et nous savons, d'autre part, que la contagion immédiate par la muqueuse utérine peut se faire pendant la menstruation à la faveur de la plaie menstruelle (Dolérès). Du reste, ce cas d'infection péritonéale streptococcique consécutive à une infection érysipélateuse est à rapprocher des idées autrefois émises par mon illustre maître Trousseau¹. Devançant les notions actuelles, Trousseau avait écrit un admirable chapitre sur les connexions qui existent entre l'état puerpéral, l'érysipèle et la péritonite; il avait même remarqué que l'enfant nouveau-né atteint d'érysipèle de la face peut succomber à la péritonite.

Il est intéressant d'assimiler à l'observation de Meunier deux cas de Tarnier qui démontrent également que la plaie menstruelle, l'utérus étant d'ailleurs absolument sain, peut être la porte d'entrée d'une infection péritonéale ou de septicémie. Tarnier rapporte dans sa thèse que, pendant une épidémie de fièvre puerpérale, deux élèves sages-femmes, au moment de leurs règles, furent prises de septicémie avec

1. Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 187.

frissons, fièvre et symptômes nerveux; l'une des deux mourut de péritonite, et le diagnostic fut vérifié à l'autopsie.

J'ai encore à citer deux observations de péritonite primitive à streptocoques. La première est de Cornil¹. Le 26 janvier 1901, on reçoit d'urgence à l'Hôtel-Dieu, à 10 heures du soir, une femme de cinquante-six ans, qui marchait pliée en deux, tant elle souffrait du ventre; les douleurs duraient depuis trois jours. Dans le service de chirurgie où elle fut admise, on pensa d'abord à une appendicite ou à un iléus. La malade avait le facies grippé, le pouls filiforme, les extrémités couvertes de sueur froide; la température était à 37. Le ventre était ballonné, très douloureux à la palpation, sans épanchement liquide appréciable. On ne trouvait pas de douleur limitée au point de Mac Burney. Rien aux organes génitaux. La malade avait eu la veille des nausées, des vomissements et deux selles liquides. On posa le diagnostic de péritonite, sans qu'on pût en déterminer la cause. La malade était dans un tel état de prostration, qu'on ne pouvait songer à l'opérer. Le lendemain 27, à six heures du matin, Celos, interne du service, est appelé auprès de la malade, qui venait d'avoir une hématomèse très abondante; les draps du lit et le parquet étaient souillés d'un liquide noirâtre analogue à du marc de café. La mort survint quelques instants après.

À l'autopsie, on trouve une péritonite aiguë caractérisée par la rougeur diffuse du péritoine pariétal, les anses de l'intestin grêle sont congestionnées et recouvertes par places de minces fausses membranes fibrineuses infiltrées de pus. Il n'y a pas de gaz; le liquide n'est pas en quantité appréciable. L'appendice est normal; les organes génitaux sont sains. L'estomac ne contient pas de sang; sur la muqueuse existent quelques petites ecchymoses. L'examen bactériologique décèle la présence de streptocoques en chaînettes non capsulés. Une souris inoculée avec le bouillon de cul-

ture meurt en douze heures ; son sang contient des diplocoques sans capsules. « Nous avons donc eu affaire, dans cette observation, à une *péritonite purulente à streptocoques primitive*, ou du moins, sans que nous ayons pu en découvrir la cause, péritonite infectieuse avec hématémèse très abondante. »

Je termine cet exposé par l'observation de Leyden¹, qui date de 1884, et qui est le premier cas de péritonite streptococcique primitive confirmé par la bactériologie : une jeune femme est prise, le 28 janvier, de frissons, de vomissements verts, abondants et répétés, et de vives douleurs en différentes régions de l'abdomen. La malade ne sait à quoi attribuer son état ; on n'en trouve pas la cause. Trois jours plus tard, le 31 janvier, on la transporte à l'hôpital. La fièvre est peu élevée, les vomissements verdâtres persistent, l'abattement est grand, la voix est faible, la respiration est superficielle et fréquente. Le ventre est ballonné. Les douleurs sont vives, surtout aux hypocondres. Les selles sont diarrhéiques, les urines albumineuses. La température est à 38°,2, le pouls à 116. Dans la nuit du 31 janvier, les vomissements verdâtres se répètent plusieurs fois en abondance.

Le 4^{or} février, la malade a les yeux excavés et le pouls très petit. Le ventre est très douloureux. L'ingestion de la moindre quantité de liquide est suivie de vomissements. La respiration est à 44, le pouls à 144. La nuit suivante, la malade est en plein délire. Le matin, le collapsus est complet, le pouls est à peine perceptible, les extrémités sont froides, le visage est décomposé, la mort arrive à sept heures du soir. Le diagnostic porté était le suivant : péritonite diffuse ; toutefois la persistance de la diarrhée fit penser à une fièvre typhoïde avec perforation de l'intestin.

L'autopsie démontra qu'il s'agissait, non pas d'une fièvre typhoïde, mais d'une péritonite généralisée. Le liquide péritonéal est abondant, purulent, sans odeur ; il contient quel-

1. Cette observation est consignée dans la thèse de M. Herrenschildt. *Streptococcie péritonéale par apport vasculaire*, Paris. 1900.

ques flocons fibrineux. Les intestins et l'épiploon sont recouverts de dépôts fibrino-purulents. L'estomac, l'intestin, l'appendice, ne présentent aucune lésion ; tous les organes sont sains. On émet l'opinion que cette péritonite purulente généralisée est primitive. L'examen bactériologique décele la présence du streptocoque à chaînettes droites et courbées.

Toutes les observations précédentes concernent des péritonites streptococciques, à évolution très rapide, à pronostic extrêmement grave. J'ai réservé une place à part au cas exceptionnel de Lorrain qui diffère des autres par la bénignité relative, par la marche lente de la maladie, et par l'heureuse terminaison qui succéda à une double opération. Voici cette observation¹ :

Une fillette de huit ans entre le 21 novembre 1896 dans le service de d'Heilly. Cette enfant n'a pas eu de maladies antérieures. Sa mère est morte *en couches* il y a une quinzaine de jours. La fillette est malade depuis trois semaines ; on n'a sur son compte aucun renseignement précis : le père étant occupé auprès de sa femme mourante. Ce qu'on sait, c'est qu'elle souffrait du ventre, et un médecin qui la vit plusieurs fois porta le diagnostic de fièvre typhoïde. Actuellement, l'enfant se plaint toujours du ventre ; elle est amaigrie, la peau est sèche, le nez légèrement pincé, les yeux sont excavés. Le ventre est ballonné, dur, la pression est douloureuse et détermine la défense musculaire.

Nulle part on ne sent ni tumeur ni empatement. La fosse iliaque droite est libre. La rate n'est pas grosse, on ne trouve pas de taches rosées lenticulaires. La malade a des alternatives de diarrhée et de constipation, elle a quelques vomissements. A l'auscultation, les poumons et le cœur sont normaux. Les urines sont albumineuses. La température oscille entre 37 et 38°,5. L'état général est mauvais. Les jours suivants, pas de changement ; les vomissements cessent, mais la diarrhée persiste. Le ventre reste ballonné

1. *La Presse médicale*. 24 septembre 1898.

et douloureux à la pression. En présence de ces symptômes : amaigrissement, fièvre vespérale, diarrhée, ballonnement du ventre, on pense à une entérite tuberculeuse avec propagation probable au péritoine.

Le 2 décembre, on perçoit dans la fosse iliaque gauche une masse dure qui augmente rapidement de volume et gagne la surface. Le 6 décembre, la tumeur est nettement localisée à la fosse iliaque gauche, elle n'est pas douloureuse. Le 7 décembre, l'opération est pratiquée par Brun.

On trouve une collection purulente enkystée. Le pus est jaunâtre, sans odeur, bien lié. On ne constate pas de fausses membranes. La quantité de pus évacué est évaluée à un litre. Les jours suivants, la température fait de grandes oscillations, 40°,2 le soir et 37°,2 le matin. A dater du 1^{er} janvier, on sent dans la fosse iliaque droite une induration. On pratique alors une deuxième opération; on trouve l'appendice sain, mais le cæcum est adhérent à l'intestin grêle. Après quelques incidents, entre autres la rougeole, l'enfant quitte l'hôpital complètement guéri.

Il est certain que cette péritonite rappelle absolument la péritonite pneumococcique; l'enkystement de la poche purulente, la nature du pus bien lié, la lenteur de l'infection péritonéale, la bénignité relative de la péritonite, la guérison, tout cela diffère des notions que nous possédons sur la péritonite streptococcique. Et cependant la bactériologie a prouvé que cette péritonite était streptococcique. L'examen direct du pus sur lamelles a démontré la présence de diplocoques en chaînettes restant colorés par le Gram, et l'absence d'autres espèces microbiennes. Le pus, ensemencé sur bouillon et sur gélose, a donné au bout de vingt-quatre heures des cultures pures de streptocoques. L'inoculation des cultures au lapin a déterminé une infection à streptocoques. On doit donc admettre dans le cas actuel, et par exception, une péritonite streptococcique primitive relativement bénigne.

Description. — Étudions maintenant dans son ensemble la *péritonite streptococcique primitive*. Elle est beaucoup plus rare que la péritonite pneumococcique primitive. De plus, la péritonite streptococcique mérite moins bien que la péri-

tonite pneumococcique l'épithète de primitive. Si l'on veut bien se reporter au chapitre de la péritonite pneumococcique primitive, on y voit que dans presque tous les cas, surtout chez les enfants, il est impossible de constater la porte d'entrée du pneumocoque qui va provoquer la péritonite; celle-ci éclate en pleine santé, sans qu'il soit possible de trouver trace de la petite lésion qui a ouvert la porte à l'infection.

Il n'en est pas toujours de même pour la péritonite streptococcique dite primitive. Certes, dans bien des cas, cette dénomination de primitive lui est parfaitement applicable en ce sens que la péritonite éclate chez un sujet bien portant, sans que l'examen le plus minutieux puisse faire découvrir chez lui la source initiale de l'infection. Ainsi, dans les deux cas de Cornil et de Leyden, la dénomination de primitive persiste dans toute son intégrité. Dans notre cas et dans celui de Milian et Herrenschildt, la péritonite streptococcique était également primitive; peut-être pourrait-on incriminer l'amygdale comme porte d'entrée de l'infection; mais c'est là une simple hypothèse. Dans le cas de Meunier, la péritonite streptococcique était primitive, en ce sens qu'il n'a été possible de trouver nulle part une lésion qui aurait pu lui donner naissance, mais en réalité, il est bien vraisemblable qu'elle était due au transport du streptocoque de l'érysipèle par une serviette contaminée. Dans le cas de Lorrain, la péritonite streptococcique peut être considérée comme primitive, car elle n'a été engendrée par aucune lésion; toutefois, la fillette vivait dans un milieu infecté par sa mère, plus tard morte en couches, et ici encore il est permis de penser à une contagiosité qui, pour être difficile à expliquer dans le cas de Meunier, n'en est pas moins acceptable.

La péritonite primitive streptococcique, comme la péritonite primitive pneumococcique, est surtout l'apanage du sexe féminin; mais l'une atteint de préférence les adultes, tandis que l'autre est beaucoup plus fréquente chez les enfants. Les lésions péritonéales sont différentes dans les deux cas. La péritonite pneumococcique tend à s'enkyster sous forme

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, biliéuses, 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 toxinféction reste longtemps abdominale, sans retentir sur le reste de l'économie, tandis qu'au cas de péritonite streptococcique, la toxinféction 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 3. 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 3. 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 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. Porak. *Gazette 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.