

Dans le même ordre d'idées, il faut éviter de croire à une péritonite, lorsque le ventre est seulement anormalement développé. Chez les jeunes enfants et surtout chez les rachitiques, le météorisme, le ballonnement du ventre en ont souvent imposé. Il faut étudier tous les aspects de l'abdomen comparativement dans ces deux cas, et se souvenir que la phtisie péritonéale est extrêmement rare chez les jeunes enfants à l'âge où le rachitisme est si fréquent; « chez le rachitique, le ventre est globuleux, mou, pâteux, sans élasticité ni rénitence. Chez le phtisique, le ventre est ovalaire, tendu, rénitent ou luisant. » (Rilliet et Barthez.)

En dehors de l'hystérie, la *tympanite* peut s'observer lorsque l'intestin est comprimé en un point. Dans ce cas le palper, abdominal ne donne pas la sensation d'empatement et de rénitence particulière à la péritonite chronique, mais révèle quelquefois la présence d'une tumeur dans les fosses iliaques ou dans le petit bassin; l'exploration du poumon reste muette. Il y a constipation habituelle et rejet par l'anus, après de douloureux efforts, d'excréments aplatis, rubanés. Le toucher rectal permet souvent de limiter exactement le siège de la compression.

Le *cancer du péritoine* a aussi des symptômes communs avec la péritonite tuberculeuse. Généralement cependant, le cancer est presque toujours consécutif à un cancer viscéral; les douleurs y sont plus vives, la marche plus rapide, la cachexie plus prompte. L'âge des malades est d'ailleurs d'une importance extrême (Siredey et Danlos); cette dernière considération ne doit pourtant pas inspirer une sécurité absolue, car la péritonite tuberculeuse a pu exceptionnellement s'observer chez le vieillard, et, réciproquement, le cancer du péritoine a été plusieurs fois rencontré chez des femmes jeunes à la suite du cancer de l'ovaire. — Signalons encore (Siredey et Danlos) un symptôme rare, mais décisif pour le cancer: c'est la présence d'indurations superficielles doublant la paroi abdominale par places, sous forme de plaques ou de nodosités développées parfois au niveau des ponctions.

La *syphilis abdominale* à forme ascitique doit aussi être éliminée. Le foie est presque toujours intéressé, l'albuminurie est fréquente. Par la connaissance des antécédents, l'auscultation négative du poumon, la coïncidence des manifestations syphilitiques feront disparaître toute hésitation.

Virchow et récemment Pick (*Soc. méd.*, Berlin, nov. 1898) ont vu un cas de syphilis où il y avait des granulations semblables aux granulations tuberculeuses et des lésions viscérales amyloïdes.

Traitement. — En l'état actuel de la science, il n'est pas possible de se borner à indiquer le traitement purement médical de la péritonite tuberculeuse. Il faut reconnaître qu'il n'est que palliatif localement, et lorsqu'il s'adresse à l'état général, il met seulement le malade en état de se défendre lui-même. Les chirurgiens se sont, dans bien des cas, et pour quelques formes de la maladie, emparés du traitement, et ils ont pu enregistrer de nombreux succès. Le premier chirurgien qui a opéré une péritonite tuberculeuse avait, nous l'avons dit, fait une erreur de diagnostic, et ne chercha pas à celer son étonnement lorsqu'il s'aperçut qu'après avoir ouvert le ventre pour une tumeur abdominale, il l'avait fait inconsciemment pour une péritonite tuberculeuse; mais celle-ci a guéri!

Traitement médical. — Localement, on utilise les révulsifs sous toutes les

formes: vésicatoires volants, badigeonnages de teinture d'iode, pointes de feu, on emploie les préparations calmantes (belladone, opium), tant pour apaiser les douleurs que pour immobiliser l'intestin; on badigeonne l'abdomen au colodion.

Traitement général. — Il importe surtout de soutenir la nutrition par l'alimentation la meilleure, il est bon de suralimenter les malades, le mieux est de leur faire prendre la poudre de viande, 100 grammes par jour environ. Il faut prescrire les reconstituants: huile de foie de morue, phosphate de chaux, eaux minérales iodo-bromurées ou sulfureuses.

Le malade devra éviter toute fatigue. Si la maladie marche lentement, il ne gardera pas le lit et sera placé dans les meilleures conditions d'aération et d'hygiène possibles.

Traitement chirurgical. — La première intervention remonte à Spencer Wells qui, en 1862, pratiqua une laparotomie, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire. Le ventre incisé, le chirurgien ne trouva pas de kyste; il s'agissait d'une ascite tuberculeuse, le péritoine était criblé de myriades de granulations tuberculeuses; on évacua le liquide et on sutura la plaie; une violente péritonite fut la conséquence de cette intervention; la femme guérit, quatre ans après elle put se marier. La guérison s'est maintenue depuis 27 ans.

Après ce fait, les interventions furent rares: presque toutes résultaient d'erreurs de diagnostic.

König, en 1884, recommanda la laparotomie comme moyen thérapeutique dans la péritonite tuberculeuse dont le diagnostic est confirmé.

En 1886, Truc en cite 15 cas; Kummel, en 1888, en note 50 cas.

Maurange en rassemble 71, Ceccherelli 86; M. Routier, dans un travail d'ensemble sur la question, cite 90 cas. König a pu trouver 151 observations de péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie.

De ces statistiques, il résulterait qu'un quart environ des malades peuvent être considérés comme guéris. Ce n'est donc pas un fait de minime importance.

Les moyens employés par les chirurgiens sont nombreux: ponction simple, laparotomie avec ou sans lavage, avec excision, grattage, et résection d'organes tuberculeux.

Il est évident que l'indication opératoire dépend avant tout de la forme clinique de la maladie. Nous ne nous occuperons que des moyens qui sont entre les mains des médecins. La ponction seule est souvent employée comme procédé palliatif dans la forme ascitique de la maladie; ce n'est pas, à proprement parler, un moyen curatif.

Or, c'est du moins ce qu'a soutenu, et avec des observations à l'appui, M. le professeur Debove, on peut pratiquer la ponction, et faire du même coup un lavage, c'est-à-dire le mettre dans les conditions qui ont si bien réussi aux chirurgiens, et cela sans laparotomie.

L'idée de M. Debove avait été déjà présentée théoriquement par Truc, qui avait pensé qu'il serait possible d'arrêter les accidents de la péritonite tuberculeuse en faisant suivre la ponction d'une injection d'éther iodoformé dans la cavité péritonéale.

Maurange conseillait sagement de substituer à l'éther iodoformé la vaseline, qu'il reconnaît comme un excellent modificateur des lésions tuberculeuses.

M. Debove a imaginé un autre mode opératoire. Il fait d'abord la ponction et,

à l'aide de l'aspirateur, il enlève la plus grande quantité de liquide possible; puis il pratique le lavage du péritoine : il se sert pour ce lavage d'eau boriquée bouillie que l'on a eu soin de laisser refroidir jusqu'à 59° ou 40°. Le liquide qui ressort ne tarde pas à devenir de plus en plus limpide; lorsqu'il est complètement clair, que l'on juge que la séreuse tout entière s'est trouvée en contact avec lui, on cesse et on retire le trocart.

L'intervention ramène chez le malade un état aigu de peu de durée, puis l'amélioration commence et va progressivement.

Il est évident que cette méthode, si précieuse, ne peut malheureusement pas être employée dans toutes les formes de péritonite tuberculeuse.

Dans la forme ascitique, où il y a peu d'adhérences, pas de fausses membranes, le liquide injecté peut exercer toute son action sur les granulations tuberculeuses. Dans la forme sèche au contraire, où le péritoine épaissi adhère partout, forme un plastron épais, ce moyen ne peut guère être employé, et les chirurgiens peuvent seuls intervenir par la laparotomie.

Dans la forme enkystée et suppurée, il est possible qu'on ait raison de tenter ce mode de traitement; cependant il n'est pas toujours commode de nettoyer complètement la poche purulente, et bien souvent c'est encore à la laparotomie qu'il conviendra d'avoir recours, car, d'après M. Routier, dans ce cas la ponction est un moyen aveugle, le chirurgien ne sait pas bien ce qu'il fait, tout au plus pourrait-on l'employer dans le cas où l'on aurait à traiter une petite poche limitée, et encore est-ce un procédé bien infidèle.

On a cherché à interpréter l'action de la laparotomie, mais on peut dire qu'aujourd'hui la question n'est pas encore résolue malgré les travaux expérimentaux de Stéhégoleff (*Arch. exp.*, 1^{er} sept. 1894), qui invoquait l'infiltration de cellules embryonnaires, la phagocytose, le développement de tissu conjonctif; ceux de Gatti (*Arch. f. klin. Chir.* 1896, n° 554) qui aurait vu la dégénérescence hydropique des cellules épithélioïdes et leur résorption consécutive. Mais les faits de Gatti ne sont peut-être pas très concluants parce que les animaux donnés comme guéris avaient été injectés avec des cultures tuberculeuses, tandis que les animaux injectés avec des matières tuberculeuses animales moururent malgré la laparotomie; or on a vu que dans ces cas la guérison peut se faire spontanément (Levi-Sirugue).

Quoiqu'il en soit, voici les principaux résultats obtenus par M. Gatti :

Les premiers jours qui suivaient la laparotomie, il n'y avait ni infiltration globocellulaire, ni prolifération exagérée des fibroblastes. La phagocytose, qui faisait généralement défaut chez le cobaye, ne se trouvait point augmentée chez le chien.

Comme symptômes positifs, l'auteur nota tout d'abord un épanchement séro-sanguinolent dans la cavité abdominale pendant les 7 premiers jours après l'intervention. Cet épanchement fut suivi d'une dégénérescence hydropique des cellules épithélioïdes occupant le centre du tubercule, qui se manifestait après 6 ou 7 jours chez les cobayes, après 12 jours seulement chez les chiens. Petit à petit, les cellules hydropiques se liquéfièrent et finirent par se résorber. L'infiltration globocellulaire diminuait, et au bout d'un certain temps il ne restait qu'un petit nodule de tissu conjonctif et quelques vaisseaux. Dans les rares cas où M. Gatti a pu observer une néoformation de tissu conjonctif, celle-ci se produisait à la périphérie du tubercule, indépendamment de la dégénérescence hydropique des cellules centrales. Quant aux bacilles de Koch, ils se multi-

pliaient, selon l'auteur, dans les tubercules tendant à la dégénérescence caséuse, tandis qu'on notait leur diminution, et enfin leur disparition complète dans les tubercules qui étaient en voie de guérison.

Pour ce qui a trait aux tubercules caséux, M. Gatti a pu se convaincre que la capsule formée de tissu fibreux n'était jamais plus forte chez les animaux opérés que chez les animaux non opérés.

Récemment on a voulu expliquer la guérison par la transformation à l'air de la tuberculine en une oxytuberculine qui serait curatrice (Hirschfelder). Mais ce ne sont encore là que des faits hypothétiques.

Hildebrandt (*Münchener méd. Woch.* 1897, n° 51 et 52) a vu après la laparotomie une vive hyperémie plus forte dans la séreuse malade et due à l'air froid, aux manipulations intestinales, à la dessiccation de la séreuse. En outre de l'hyperémie artérielle qui au bout de vingt minutes faisait place à une hyperémie veineuse, il a vu la paralysie de l'intestin et, au bout de 2 ou 3 jours, une exsudation de la séreuse. Ces phénomènes manquèrent quand les animaux furent opérés, plongés dans une solution chaude de chlorure de sodium et qu'on évita toute irritation mécanique. Comme Gatti, l'auteur a vu l'inefficacité d'une laparotomie trop précoce quand manquent encore les signes de régression. Rapprochant ce fait de la fréquence des guérisons spontanées, Hildebrandt conclut que la laparotomie ne sert qu'à accélérer l'évolution naturelle vers la guérison. L'hyperémie faciliterait cette évolution.

Quoiqu'il en soit de ces théories, on pourra conseiller l'intervention chirurgicale dans les formes ascitiques, surtout si le liquide se reproduisait après une première ponction; elle peut encore être faite dans des formes sèches.

Dans les formes caséuses, elle ne donne pas de résultats.

M. Teissier a étudié les effets curatifs de l'injection gazeuse. Il a cherché à établir expérimentalement quelle pouvait être l'action préventive ou curative de l'air et de ses principaux gaz composants (azote et oxygène), injectés dans le péritoine d'animaux (cobayes ou lapins) ayant subi une inoculation intrapéritonéale de tuberculose humaine.

L'appareil dont il s'est servi pour injecter aseptiquement les gaz, est celui dont le professeur Potain a donné, il y a quelques années, la description et qu'il utilise pour les injections intra-pleurales d'air stérilisé. Ces injections, bien supportées et ne s'accompagnant jamais d'une réaction inflammatoire de la séreuse, étaient faites à la dose de 150 à 200 centimètres cubes pour le cobaye, de 500 à 400 centimètres cubes pour le lapin, et répétées en moyenne tous les 8 jours, laps de temps au bout duquel la résorption de l'air ou des gaz, de l'oxygène surtout, était complète.

Immédiatement ou quelques jours avant la première injection, un demi-centimètre cube d'une émulsion légère dans de l'eau distillée, d'une culture de tuberculose humaine de virulence faible était injecté dans le péritoine.

Les résultats de ces expériences furent des plus nets, au point de vue surtout de l'intensité et de la répartition des lésions. Les animaux témoins succombaient au bout de 20 à 55 jours, avec des lésions granuleuses et nodulaires au péritoine, très accentuées, avec un foie et une rate farcis de tubercules. Les animaux qui avaient subi l'injection gazeuse survivaient plus longtemps (de 1 mois 1/2 à 5 mois), le péritoine parfois indemne de toute lésion appréciable macroscopiquement, ou n'offrant que quelques granulations grises ou jaunes, la rate et le foie restant normaux. Chez les animaux soumis aux injections

d'oxygène, dont la résorption est plus rapide, les lésions péritonéales étaient un peu plus accusées, mais limitées exclusivement à la séreuse. Chez les animaux ayant reçu des injections d'air ou d'azote, plus particulièrement chez ces derniers, alors que les lésions péritonéales étaient des plus restreintes ou même absentes, les poumons très congestionnés étaient criblés de granulations grises, et l'intensité de cette lésion pulmonaire formait un contraste frappant avec l'intégrité à peu près complète du péritoine inoculé. Il y avait là comme une sorte de « métastase » de l'infection tuberculeuse expérimentale.

Ces résultats semblent donc démontrer : 1° que les injections d'air, d'oxygène ou d'azote sont susceptibles d'atténuer, parfois d'arrêter l'infection tuberculeuse péritonéale, réalisée chez le cobaye et le lapin par l'inoculation de tuberculose humaine peu virulente; 2° que parmi les facteurs capables de jouer un rôle dans le processus curateur provoqué par la laparotomie l'air tient une place importante. Pourquoi cette influence? On peut supposer que la masse gazeuse limite l'infection par voisinage en s'opposant dans une certaine mesure au contact et aux frottements des anses intestinales, qu'elle est susceptible d'exercer une action directe, spéciale sur la séreuse, action encore ignorée. Il est également possible d'admettre de la part de l'oxygène et de l'azote une influence sur la vitalité du bacille tuberculeux. C'est ce qui paraît ressortir tout au moins d'expériences en cours et qui ont trait à des ensemencements de tuberculose humaine sur bouillon ou gélose glycerinés, pratiqués dans des flacons de Fernbach et maintenus dans une atmosphère d'oxygène ou d'azote, ou bien laissés en contact avec l'air. Alors que ces derniers présentent l'aspect classique, les cultures soumises à l'action de l'oxygène, plus tardives, plus limitées dans leur développement en surface, forment un enduit très épais, blanchâtre, très verruqueux, composé de formes bacillaires allongées, mais non filamenteuses, nettement colorées; les cultures exposées à l'action de l'azote, toujours très pauvres, forment un voile transparent et peu cohérent où l'on ne trouve guère que des bacilles courts nettement vacuolisés et présentant 2 ou 5 de ces grains fortement colorés qui existent en général dans les vieilles cultures et qu'on tend à assimiler à des spores. Il semblerait donc que l'oxygène et l'azote aient une action sur la morphologie et la vitalité du bacille de la tuberculose et peut-être sur la virulence de ce microbe.]

CHAPITRE VI

CANCER DU PÉRITOINE — PÉRITONITE CANCÉREUSE

Étiologie. — Le cancer du péritoine est primitif ou secondaire, et de même que pour les séreuses en général, le premier est exceptionnel, le second beaucoup plus fréquent. Celui-ci se développe soit par propagation, soit par généralisation, et dans ces conditions, la localisation péritonéale du cancer est assez communément observée.

Le carcinome primitif du péritoine, ainsi que les principales statistiques le prouvent, est plus rare que les déterminations cancéreuses des autres organes, et ses causes, se confondant avec celles du cancer, quel que soit son siège, sont

aussi obscures et aussi mal connues. Ici, comme partout, on invoque la diathèse cancéreuse, la prédisposition, l'hérédité, l'âge avancé, etc. Tout ce que l'on sait, c'est que sur 28 cas de cancer péritonéal⁽¹⁾, 10 se rencontrent chez l'homme et 18 chez la femme, et que le maximum de fréquence est entre quarante et soixante ans.

Anatomie pathologique. — Le cancer du péritoine peut revêtir toutes les formes anatomiques connues de ce genre de tumeurs; encéphaloïde, squirrhe, cancer colloïde. Ce dernier paraît de beaucoup le plus fréquent: le cancer mélanique, au contraire, parfois rencontré, est la variété anatomique certainement la plus rare.

Le cancer colloïde atteint parfois dans le péritoine des dimensions considérables. Le mésentère, le méso-côlon, et surtout l'épiploon, sont le plus généralement envahis dans toute leur étendue, et transformés en masses gélatineuses. Le volume de la tumeur peut aller jusqu'à atteindre celui d'un gros kyste de l'ovaire. Il n'y a rien de particulier à dire de sa structure.

D'après Cornil et Ranvier, les parties les plus anciennes sont formées de grands alvéoles remplis de cellules sphériques, volumineuses et transparentes. Dans les parties récentes, on trouve une grande quantité de tissu fibreux à fibrilles très fines, enfermant entre leurs mailles de la substance colloïde.

Le cancer colloïde revêt deux formes: tuberculeuse ou infiltrée. Il est remarquable parce qu'il frappe les replis péritonéaux et le revêtement séreux des organes à l'exclusion de ceux-ci, sauf cependant l'ovaire qui est fréquemment dégénéré aussi, comme si dans les affinités néoplasiques l'ovaire se souvenait de son origine péritonéale (Claude et Ch. Levi, Arch. gén. méd. août 1895). Le cancer colloïde n'envahit généralement pas les ganglions.

L'encéphaloïde revêt presque toujours les aspects les plus divers: il apparaît sous forme de noyaux, mous, grisâtres ou blanc jaunâtre, soit agglomérés, soit disséminés. Ces tumeurs sont ou sessiles ou pédiculées.

D'autres fois, ce sont des plaques que l'on rencontre, plus ou moins étendues et irrégulières. Les produits carcinomateux peuvent recouvrir les deux feuillets du péritoine, les épiploons, les mésentères, les revêtements péritonéaux de la face inférieure du diaphragme et des organes abdominaux.

On a observé une autre variété dans laquelle l'encéphaloïde ressemble macroscopiquement à la tuberculisation miliaire. Cette forme peut ne pas rester localisée au péritoine, on l'a vue se généraliser aux autres cavités séreuses.

Ce sont alors des granulations grises, blanc jaunâtre ou rougeâtres, qui recouvrent les deux feuillets du péritoine. Ces granulations ont des dimensions variables; les plus ténues sont du volume d'un grain de millet, les autres de la grosseur d'un petit pois; elles sont souvent étendues à tout le péritoine, parfois même absolument confluentes.

D'après Rokitsansky, le carcinome de cette variété est toujours primitif et à marche aiguë.

Enfin, l'épiploon, complètement ou en partie, peut être transformé en une masse encéphaloïde irrégulière, molle, remplissant presque toute la cavité abdominale et comprimant la masse des intestins.

Le squirrhe est plus rare; il peut aussi apparaître sous forme de granulations

(1) MONGIRD, Cancer du péritoine; Thèse de Paris, 1884.