

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.

ou de noyaux, disséminés ou confluents. Il peut se faire (Mongird) que le péritoine pariétal épaissi forme une sorte de cuirasse cancéreuse. Son tissu dur, lardacé, crie sous le scalpel.

De la séreuse où il naît, le cancer primitif s'étend peu à peu. Bientôt il va recouvrir de ses masses, d'abord les revêtements péritonéaux des organes de l'abdomen, et même envahir l'intérieur des parenchymes. De sorte que, peu ou beaucoup, les organes sont entourés et comprimés par les productions carcinomateuses, souvent très épaisses, et qu'à la coupe de ces organes on rencontre fréquemment des noyaux de même nature, isolés ou confluents, sans que jamais cependant les parenchymes soient complètement transformés en une véritable masse cancéreuse.

Lorsque l'épiploon gastro-hépatique est atteint, la tumeur comprimant la veine porte, ou se propageant aux voies biliaires, peut produire l'ictère. De même, si les parois des anses intestinales sont envahies, le calibre du canal diminue, et des symptômes d'occlusion peuvent s'observer.

Le néoplasme peut aussi gagner les parois des vaisseaux, envahir les veines, végéter même dans leurs cavités et produire ainsi des thromboses considérables.

Mais le cancer ne reste pas forcément localisé à l'abdomen et aux organes qu'il contient; il peut s'étendre au loin, et atteindre soit la paroi abdominale elle-même, soit la cavité thoracique.

Dans un cas (Chuquet), on observa pendant la vie une ulcération siégeant à la région ombilicale, et l'autopsie prouva que tout le mamelon ombilical était envahi par le cancer et formait un noyau blanchâtre absolument semblable à ceux qui constituaient une plaque cancéreuse dans le péritoine de la région ombilicale⁽¹⁾.

D'ailleurs, les faits de cancers secondaires à l'ombilic sont fréquents à la suite de cancers du péritoine⁽²⁾. Le cancer débute, dans ces cas, toujours par la face péritonéale de l'ombilic : il semble lié à la présence d'une péritonite cancéreuse et se développe probablement le long des vaisseaux du ligament suspenseur du foie (Damaschino).

Le cancer peut aussi se propager aux plaies de ponction et déterminer des plaques cancéreuses dans l'épaisseur de la paroi abdominale. On peut aussi rencontrer des noyaux dans les muscles et dans le tissu cellulaire sous-cutané; ce sont souvent de petits grains cancéreux de dimensions variables, présentant la même structure histologique que les tumeurs principales. Quand la paroi abdominale est envahie (Chuquet), les ganglions inguinaux peuvent eux-mêmes subir la dégénérescence cancéreuse; ils forment alors des tumeurs plus ou moins volumineuses.

Le cancer peut se propager aux organes de la cavité thoracique. Il existe quelques cas de pleurésie cancéreuse secondaire, généralisée, avec liquide sanguinolent. Le poumon peut aussi devenir le siège d'un réseau de lymphangite cancéreuse; le médiastin est parfois envahi à son tour.

Il paraît prouvé que la dissémination au loin des produits carcinomateux se fait par les lymphatiques. M. Debove a souvent rencontré des lymphangites cancéreuses très évidentes. Les grandes cavités séreuses doivent être considérées comme des cavités lymphatiques et peuvent servir de voie de généralisa-

⁽¹⁾ VILLAR, Tumeurs de l'ombilic; *Thèse de Paris*, 1886.

⁽²⁾ CHUQUET, Cancer généralisé du péritoine; *Thèse de Paris*, 1879.

tion au cancer, exactement comme les vaisseaux. Le fait est vrai pour le péritoine, il l'est également pour les plèvres. M. Debove a rencontré, dans de nombreux cas de carcinome du sein, un ou deux ilots cancéreux faisant saillie sur la plèvre costale au niveau de la région mammaire, et un certain nombre d'ilots cancéreux disséminés à la surface de la plèvre pulmonaire, et cela, sans adhérence entre les feuillets de la plèvre. Et même alors, le diaphragme peut être envahi et aussi la plèvre opposée par l'intermédiaire des lymphatiques du diaphragme.

Cancer secondaire. — Dans ce cas, le cancer ayant d'abord envahi l'un des organes de l'abdomen, se propage ensuite à la séreuse. Les viscères qui sont infectés primitivement sont, par ordre de fréquence, les ovaires, l'estomac, le foie, l'utérus. Le cancer se propage d'abord aux parties voisines et finit par se généraliser; au début, en effet, il est commun d'observer un épaississement diffus ou nodulaire du tissu conjonctif du péritoine en rapport avec l'organe primitivement atteint. Les vaisseaux lymphatiques servent ici encore de voie de généralisation, et bientôt les nodosités cancéreuses, d'abord limitées, se généralisent à toute la séreuse; le péritoine se recouvre de granulations, lesquelles peuvent simuler une éruption de granulations tuberculeuses.

L'examen microscopique prouve vite que la nature des tumeurs péritonéales est identique à celle de la tumeur de l'organe atteint d'abord.

Péritonite cancéreuse. — Presque toujours le cancer du péritoine s'accompagne d'une inflammation plus ou moins intense de la séreuse. Celle-ci se manifeste parfois seulement sous forme de quelques exsudats fibrineux accompagnés de la production d'un liquide citrin; d'autres fois, la péritonite cancéreuse est plus franchement accusée; et l'on voit des adhérences nombreuses qui viennent souder les feuillets du péritoine et les organes abdominaux entre eux. Ces néo-membranes vascularisées, et souvent hémorragiques, peuvent être envahies à leur tour par la production carcinomateuse.

Enfin, on peut observer une péritonite aiguë, purulente, consécutive à l'ouverture d'un clapier purulent. Ceci s'observe très fréquemment dans les cancers de l'utérus et de ses annexes, soit que la trompe dégénérée verse le suc cancéreux dans le péritoine, soit que la destruction putrilagineuse du col et d'une partie du corps utérin intéresse le péritoine du petit bassin et produise par voisinage une péritonite aiguë. D'après Cornil et Ranvier, le carcinome primitif du grand épiploon détermine quelquefois de la péritonite, des abcès du tissu conjonctif profond de la paroi abdominale antérieure, situé entre le plan musculaire et arrivant presque jusqu'au tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

Description des symptômes. — Le début du cancer primitif du péritoine est des plus variables; et, bien souvent, les symptômes qui manifestent son apparition n'ont rien de caractéristique. Bon nombre de maladies de la cavité abdominale peuvent présenter les mêmes symptômes, de telle sorte qu'au début, le diagnostic est presque impossible.

La douleur est parfois le premier symptôme; elle est vague et sans siège précis, parfois localisée à l'ombilic, ou dans les hypocondres, irradiant de là, soit vers les régions inguino-crurales, soit vers l'épaule. L'intensité des phénomènes douloureux du début est aussi variable que leur siège même.

D'autres fois, l'ascite paraît être la première manifestation de la maladie. Enfin ce peut être une constipation rebelle qui vient la première, simulant une occlusion intestinale; ou bien c'est la diarrhée.

A la période confirmée de l'affection, il existe un certain nombre de symptômes constants.

La douleur manque rarement alors; mais son intensité et son siège sont sujets à de grandes variations. On peut en prévoir tous les modes et tous les intermédiaires, depuis la sensation douloureuse, légère, par accès et passagère, jusqu'à la douleur fixe, permanente, souvent exagérée par la pression. Elle irradie communément vers l'ombilic, les côtes et la poitrine.

La constipation est constante; elle n'est guère remplacée par la diarrhée qu'à la période terminale de la maladie.

Bientôt, des troubles digestifs très accentués se manifestent: anorexie, lenteur et difficulté de la digestion s'accompagnant de nausées, de vomissements. Ceux-ci sont souvent alimentaires, mais surviennent souvent en dehors de toute alimentation. Ils peuvent être presque incoercibles et constituent toujours un phénomène grave.

Indépendamment de ces troubles fonctionnels, on peut voir survenir dans le tube digestif des accidents dus au rétrécissement du calibre des intestins produit par le néoplasme.

Symptômes locaux. — Le ventre est toujours augmenté de volume et trois causes peuvent être invoquées pour expliquer ce phénomène: l'ascite, le météorisme, la présence des tumeurs dans la cavité abdominale.

L'ascite est à peu près constante. Elle est souvent abondante et gêne l'examen. A la faveur des adhérences péritonéales, l'abdomen est cloisonné et le liquide peu mobile. Ce fait s'observe d'ailleurs dans toute péritonite chronique. L'épanchement est séreux ou hémorragique; l'hémorragie tenant à une vascularisation exagérée autour des tumeurs ou à une véritable pachypéritonite.

A la palpation du ventre, surtout après l'évacuation du liquide ascitique, la main peut percevoir des productions morbides sous forme de nodosités arrondies, multiples, irrégulières; ou bien, sous forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, atteignant le volume d'une tête de fœtus, remplissant même parfois presque toute la cavité abdominale. On peut sentir les néoplasmes dans la paroi elle-même, ou dans la région ombilicale sous forme de plaques plus ou moins profondes.

Dans d'autres circonstances, on constate seulement que la paroi abdominale n'a pas sa souplesse ordinaire, mais qu'elle offre cette tension permanente, cette rénitence spéciale, indiquée par Grisolle.

Les régions inguinales présentent l'engorgement des ganglions, signe sur lequel Guéneau de Mussy a attiré l'attention. On a noté l'envahissement cancéreux de sacs herniaires. Des nodosités s'observent dans le tissu cellulaire sous-cutané, et aussi dans les muscles⁽¹⁾.

Par le toucher vaginal et rectal on sent parfois une tumeur dans les culs-de-sac ou une rénitence spéciale et l'immobilité de l'utérus. Le météorisme est constant; il vient de bonne heure. Comme la constipation, il est dû souvent à

(1) MILLARD, *Société anatomique*, 1876.

la fixation des intestins par les fausses membranes de la péritonite et par la diminution de calibre du canal intestinal par le néoplasme. La distension des intestins au-dessus de la tumeur peut être considérable. L'état général s'aggrave assez vite; l'amaigrissement est extrême, la face pâlit. Si l'on découvre le malade, on est frappé de la maigreur du thorax et des membres supérieurs, tranchant sur le développement considérable du ventre et des membres inférieurs.

La dyspnée est extrême; l'ascite, le météorisme expliquent aisément ce phénomène.

Marche, durée, terminaisons. — Que le cancer soit primitif ou secondaire, la marche est à peu près la même. Dans le cancer consécutif toutefois, les symptômes voilés par l'affection primitive se dessinent difficilement au début et l'affection peut n'être distinguée qu'à sa période d'état.

En général, le cancer du péritoine marche rapidement. La maladie dure de 2 mois à 1 an. Elle peut même évoluer plus vite encore.

D'après Petrina, le carcinome primitif peut se développer avec une telle rapidité, que le diagnostic en est impossible. La plupart des symptômes par lesquels le cancer péritonéal se manifeste ordinairement font défaut. La coloration de la peau ne change pas beaucoup, l'amaigrissement n'a pas le temps de se produire; étant donnée la marche rapide de la maladie, le palper et la percussion donnent des résultats négatifs, car les produits cancéreux sont très petits, et ne peuvent être sentis au travers des parois abdominales. Le délire arrive vite, une fièvre légère apparaît, et le malade s'éteint avant que la véritable nature de l'affection soit reconnue. Cette marche caractérise surtout le cancer miliaire primitif.

En général, la maladie évolue ainsi qu'il suit:

Elle commence par des douleurs dans la région abdominale, puis le ventre enflé et acquiert bientôt un volume considérable; ou bien, l'ascite vient tôt, sans phénomènes douloureux. La dyspnée est rapidement intense, on fait des ponctions, l'amaigrissement augmente et le malade meurt dans la cachexie.

Parfois (Chuquet) la marche est interrompue par des phases plus aiguës, le malade vomit sans interruption, les douleurs deviennent plus vives, puis la marche reprend son allure chronique.

La mort survient généralement par les progrès de la cachexie. Mais elle peut être le fait de diverses complications: péritonite aiguë purulente, œdème pulmonaire, pneumonie, dégénérescence cancéreuse des plèvres et du médiastin provoquant l'asphyxie.

Diagnostic. — Quand l'ascite est considérable, le diagnostic doit être fait avec toutes les maladies ascitiques. La nature du liquide peut cependant faire penser à un cancer du péritoine. S'il est vrai que l'ascite hémorragique peut s'observer dans d'autres variétés de péritonites chroniques, tuberculeuses par exemple, il ne faut pas oublier qu'elle est bien plus souvent symptomatique d'un cancer du péritoine.

Lorsque l'ascite est peu considérable ou qu'elle a été évacuée, on peut confondre le carcinome péritonéal avec un kyste hydatique ou un cancer du foie, un cancer de l'estomac, un kyste de l'ovaire, une péritonite tuberculeuse. Il importe de rechercher les signes propres à ces différentes affections et d'ap-

puyer son jugement sur les différents phénomènes que nous avons indiqués comme caractérisant le cancer péritonéal.

Pour ce qui est du diagnostic des formes, le cancer colloïde s'accompagne rarement de liquide hémorragique; il n'y a pas de vraies douleurs. Le diagnostic de cette forme est plus difficile que celle des autres. C'est brusquement, après quelques mois, que surviennent les signes d'envahissement péritonéal. Le liquide par son aspect filant, qui en rend souvent difficile l'évacuation, est assez caractéristique.

FIN DU TOME IV

TABLE DES MATIÈRES du tome IV

MALADIES DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX

PAR A. RUAULT

PREMIÈRE PARTIE. — Maladies de la cavité buccale	1
CHAPITRE PREMIER. — TROUBLES NERVEUX	1
I. — Troubles sensitifs	1
1. — Anesthésie de la muqueuse buccale	1
2. — Hyperesthésie; paresthésies	2
3. — Névralgies	2
II. — Troubles sensoriels	4
1. — Agueusie	4
2. — Hypergueusie; paragueusie	6
III. — Troubles moteurs	6
CHAPITRE II. — TROUBLES CIRCULATOIRES	7
CHAPITRE III. — STOMATITES	8
I. — Stomatite catarrhale	10
II. — Stomatite ulcéro-membraneuse	13
III. — Gangrène buccale — Noma	17
IV. — Stomatite aphteuse	20
V. — Stomatite crêmeuse — Muguet	24
CHAPITRE IV. — LÉSIONS SUPERFICIELLES DE NATURE INCONNUE	28
I. — Desquamation épithéliale de la langue	28
II. — Leucoplasie buccale	31
DEUXIÈME PARTIE. — Maladies du pharynx et de ses annexes	54
CHAPITRE PREMIER. — TROUBLES NERVEUX	54
I. — Troubles sensitifs	54
1. — Anesthésie pharyngée	54
2. — Hyperesthésie	55
3. — Paresthésies	55
4. — Névralgies	57
II. — Troubles moteurs	58
1. — Spasmes	58
2. — Paralysies	59
CHAPITRE II. — TROUBLES CIRCULATOIRES	41
I. — Anémie. Hyperémie	41
II. — OEdèmes	42
III. — Hémorragies	45
CHAPITRE III. — ANGINES AIGUËS NON SPÉCIFIQUES	44
I. — Étiologie, pathogénie et thérapeutique générales des angines aiguës non spécifiques	44
II. — Angines catarrhales	56
1. — Amygdalite catarrhale	57
2. — Inflammation catarrhale de l'amygdale linguale, de l'amygdale pharyngée et du tissu lymphoïde du pharynx buccal	65
3. — Angine catarrhale généralisée	67