

Je ne me suis pas dissimulé la difficulté de mener à bien cette entreprise, et n'ai pas la prétention de livrer au public une œuvre irréprochable. J'espère cependant que mon temps et ma peine ne seront pas entièrement perdus ; j'espère avoir, dans la mesure de mes forces, rendu service à la science, à mes confrères et à mon pays : c'est ma seule ambition.

TILLAUX.

Paris, juillet 1886.

TRAITÉ

DE

CHIRURGIE CLINIQUE

INTRODUCTION

Lorsque le praticien se trouve en présence d'un malade, s'il ne veut pas s'exposer à négliger un certain nombre de renseignements, signes ou symptômes qui doivent le conduire au diagnostic et au traitement des affections chirurgicales, il lui est indispensable de suivre une certaine méthode d'examen, d'adopter pour leur recherche un ordre déterminé à l'avance. Voici celui que je considère comme le meilleur d'une manière générale, bien qu'on puisse dans quelques cas y apporter des modifications.

Le plus ordinairement, avant d'explorer la partie malade, il sera nécessaire de procéder à un interrogatoire.

Il faudra s'enquérir d'abord de l'âge du malade.

Il existe des affections, l'épithéliome, par exemple, qui ne se rencontrent pas dans la jeunesse ; d'autres, telles que le polype fibreux naso-pharyngien, ne se voient jamais dans la vieillesse ; de telle sorte que la considération de l'âge peut être à elle seule un motif d'exclusion pour telle ou telle maladie.

La *profession* peut aussi fournir des renseignements précieux : un malade atteint d'une tumeur gazeuse de la parotide était souffleur de verre ; on rencontre bon nombre d'affections professionnelles : chez les peintres, les mégissiers, etc., etc.

Passez en revue l'état de *santé antérieure* du malade, et pour cela examinez-le complètement : telle cicatrice cutanée sera un indice précieux pour apprécier la nature de la lésion actuelle. La peau présente-t-elle des traces de scrofule, de syphilis, etc. ?

Recherchez ensuite les *antécédents héréditaires*.

Vous trouverez très souvent des renseignements qui vous éclair-

reront sur la nature probable de la lésion, surtout en ce qui concerne le carcinome. Malgré les assertions contraires produites dans ces derniers temps, je reste convaincu que le cancer, qu'il soit ou non de nature microbienne, qu'il provienne ou non d'un agent animé venu de l'extérieur, est une affection à peu près constamment transmise par hérédité. Repoussez la diathèse, si vous le voulez, mais vous ne pouvez refuser d'admettre une prédisposition, une aptitude spéciale à recevoir le microbe, un terrain favorable à sa culture : ce n'est donc en réalité qu'une question de mots. La pratique prouve journellement, avec la dernière évidence, la transmission par hérédité du principe cancéreux, et ce n'est pas toujours une raison pour la repousser que de constater la mort des parents à un âge très avancé sans apparition du néoplasme. J'ai opéré d'un épithéliome de la lèvre un vieillard de quarante-trois ans. Or cet homme avait successivement vu tous ses enfants succomber à des affections cancéreuses, alors que lui-même jouissait de la plus parfaite santé.

Attachez-vous aussi à bien déterminer la *marque de la maladie*.

Plus on avance dans la pratique, et plus on voit combien l'examen attentif de la marche des affections chirurgicales joue un rôle important dans l'établissement du diagnostic. Je dirais volontiers qu'il en est des tissus pathologiques comme des plantes : ils poussent plus ou moins vite suivant l'espèce, et ce caractère suffit souvent à lui seul pour faire rejeter d'emblée l'idée de telle ou telle affection. Par exemple : un homme est atteint d'une ulcération de la langue, et vous hésitez entre un épithéliome et un chancre, car il existe en effet quelques signes communs ; mais l'affection ne remonte qu'à trois semaines : affirmez dès lors que ce n'est pas un épithéliome, car jamais cette maladie ne marche aussi vite. — Un malade porte une tumeur inégale, irrégulière, bosselée, ferme au toucher, du volume d'un œuf de poule, et vous hésitez entre un sarcome et un chondrome. Or vous apprenez que le début remonte seulement à une année : repoussez tout de suite l'idée du chondrome, car pour atteindre un pareil volume il aurait fallu cinq ou six ans. — Une tumeur du testicule du volume du poing est lisse, régulière, rénitente, et vous songez à l'existence d'un sarcome ou d'une hématocele de la tunique vaginale ; mais le début remonte seulement à six mois : rejetez l'idée d'une hématocele, qui exigerait plusieurs années pour acquérir un tel volume. — Un malade est atteint d'une tumeur fluctuante, et

l'apparition de cette tumeur a été précédée de douleurs plus ou moins violentes considérées ordinairement comme de nature névralgique ou rhumatismale : diagnostiquez un abcès froid ossifluent, car lui seul présente cette évolution. Ces exemples que je pourrais multiplier me paraissent suffire pour faire apprécier toute l'importance de l'étude de la marche des maladies.

Votre interrogatoire achevé, procédez à l'examen direct du malade et remarquez d'abord ce qui frappe vos yeux.

Tenez compte du *siège précis de la lésion*. Une plaie est-elle en regard d'une articulation ? Siège-t-elle au niveau d'un vaisseau ou d'un viscère important ? etc. Une fistule occupe-t-elle le trajet connu d'un canal excréteur ? etc., etc.

La *conformation extérieure* de la région malade sera ensuite soigneusement étudiée en la comparant avec celle du côté sain. La déformation est en effet l'un des signes les plus importants des luxations et des fractures.

Certaines tumeurs donnent à la région un aspect typique : tel l'ostéo-sarcome de la tête de l'humérus, qu'un œil exercé reconnaît tout de suite. La conformation de la région lombaire fera reconnaître une luxation congénitale des fémurs, etc., etc.

S'il s'agit d'une tumeur, vous en noterez le volume et la forme que vous comparerez à des objets familiers. Les tumeurs n'atteignent pas toutes un égal volume : le carcinome n'arrive jamais aux dimensions de certains sarcomes.

La tumeur est-elle uniforme, régulière, ou bien sa surface est-elle inégale et mamelonnée ? A chaque instant nous aurons plus tard à invoquer ces caractères pour établir le diagnostic différentiel des tumeurs.

Vous noterez ensuite la couleur de la peau, la présence des veines parfois très volumineuses qui sillonnent sa surface, par exemple, dans certains sarcomes. La peau est-elle intacte ou bien ulcérée ? est-elle unie ou déprimée par places ? etc.

Quand vous aurez ainsi noté tous les signes fournis par la vue, passez à l'étude des *signes fournis par le toucher*. Pour ne rien omettre dans cette recherche, je conseille de procéder de dehors en dedans. On notera successivement : la consistance de la peau, sa température, son épaisseur, la mobilité ou l'adhérence de sa face profonde. Insistons sur ce dernier caractère.

L'adhérence de la peau se produit dans deux circonstances très

différentes : tantôt une fusion s'établit peu à peu entre la peau et les couches qu'elle recouvre, par suite d'un travail inflammatoire ; la peau s'amincit de plus en plus et s'ulcère. C'est ce qui arrive dans l'ouverture spontanée des abcès ; on l'observe également dans le sarcome, mais ce n'est pas la véritable adhérence. Celle-ci consiste en des tractus fibreux qui rattachent solidement la peau aux parties sous-jacentes, l'empêchent de glisser à leur surface et finissent par la déprimer et l'attirer en dedans, phénomène que j'ai désigné sous le nom de *capitonnage de la peau*. C'est l'un des signes les plus importants du carcinome ; on le rencontre encore dans les fistules osseuses, dans certaines fistules tuberculeuses de l'épididyme, etc.

Le capitonnage de la peau est évident, surtout lorsqu'il s'agit du sein, mais pour constater un commencement d'adhérence il y faut regarder d'assez près et faire un pli à la peau : au lieu de se porter en dehors, la partie plissée se porte en dedans et, par le grand nombre de petites dépressions qu'elle présente, revêt souvent un aspect qui rappelle tout à fait celui d'une peau d'orange. Cette comparaison très juste fut faite pour la première fois par le Dr Mauduit dans le service de Nélaton, qui l'accepta aussitôt avec empressement et la vulgarisa.

Il ne faudrait cependant pas répéter et croire que le signe peau d'orange est pathognomonique d'un carcinome du sein, car on peut l'observer dans une affection dont le diagnostic présente parfois les plus grandes difficultés : la mammite chronique.

Après la peau vient la couche sous-cutanée. Recherchez si cette couche contient du sang, de la sérosité ou de l'air, comme dans l'emphysème. Si c'est de la sérosité, vous constaterez de l'œdème ou bien un tremblement spécial dû à la présence du liquide dans une poche demi-pleine. La présence du sang et de l'air pourront donner naissance à une variété de crépitation sur laquelle je reviendrai plus loin. L'infiltration sanguine produira une ecchymose avec des tons divers, variant du noir foncé au jaune paille, suivant la date de l'accident. L'ecchymose présente parfois une valeur diagnostique considérable, ainsi que nous le verrons plus tard : au globe de l'œil, à la face interne du bras, etc.

Examinez ensuite l'aponévrose. Qu'il s'agisse de l'examen d'une tumeur, par exemple, il faut établir si elle siège en dehors, en dedans ou dans l'épaisseur de l'aponévrose. Dans le premier cas la tumeur reste mobile quelle que soit l'attitude de la région,

tandis que dans les deux autres elle se trouve bridée si l'on fait tendre l'aponévrose. Toutefois, pour qu'une aponévrose puisse être tendue, il faut qu'elle s'attache ou adhère à un muscle ; dans le cas contraire, comme à la base de l'aisselle, il est beaucoup plus difficile de savoir si une tumeur est sus ou sous-aponévrotique ; on l'observe en particulier pour les tumeurs ganglionnaires, qui chez les sujets maigres paraissent si superficielles qu'on est tenté de les croire sous la peau, illusion fréquente et que les notions anatomiques permettent seules d'éviter.

Procédez ensuite à l'examen des parties situées au-dessous de l'aponévrose.

S'il s'agit d'une tumeur, vous en apprécierez d'abord la consistance. C'est l'un des points difficiles de l'examen des malades ; il faut beaucoup de temps et d'exercice pour arriver à apprécier exactement la consistance des parties profondes : or cette notion constitue l'un des principaux éléments du diagnostic chirurgical.

La consistance peut être *dure, ferme, molle, liquide*.

La consistance est dure lorsque les parties ne cèdent aucunement à la pression du doigt. Il existe des degrés dans cette dureté : elle peut être osseuse comme dans les exostoses ; on dit parfois que la consistance est celle de l'ivoire, qu'elle est éburnée. Elle peut être cartilagineuse, dans le chondrome, par exemple, et un toucher délicat permet d'apprécier nettement ces diverses nuances.

La consistance est ferme lorsque, tout en résistant à la pression du doigt, les parties se laissent déprimer pour revenir ensuite à leur place. Une tumeur présentant ce caractère est dite rénitente ou élastique : c'est un signe propre aux fibromes, aux myomes, aux adénomes, aux sarcomes.

La consistance est molle lorsque les parties ne résistent pas au doigt qui les presse, lorsqu'elles se laissent facilement refouler et ne rebondissent pas en quelque sorte sous la pression : c'est un caractère propre au lipome, au myxome, etc.

Je dois signaler ici une mollesse toute spéciale que l'on rencontre principalement dans certaines tumeurs du plancher de la bouche. Si le doigt refoule de la graisse, celle-ci se laisse déprimer facilement, mais revient en place aussitôt : or il se peut faire que la substance déprimée ne reprenne pas sa place tout de suite et se comporte comme le ferait de la pâte ou du mastic de vitrier. Ces tumeurs contiennent en général de la matière sébacée : c'est un

caractère propre aux kystes dermoïdes de la région sus-hyoïdienne.

La consistance liquide est révélée par un signe qui porte le nom de *fluctuation*. Cette expression sert à désigner des sensations diverses qui doivent elles-mêmes être recherchées de différentes manières. Lorsque la cavité péritonéale, par exemple, est remplie de liquide et que, donnant une chiquenaude sur un côté du ventre, on sent un flot venir frapper la main placée sur le point opposé au choc, on éprouve la véritable sensation de fluctuation. Mais qu'il s'agisse d'explorer l'amygdale ou la prostate, on conçoit que la sensation sera toute différente, il ne saurait plus alors être question de flot. Ce dernier ne sera donc perçu que dans les vastes collections, et c'est, en somme, le cas le plus rare en chirurgie.

La fluctuation consiste le plus souvent dans la sensation d'un corps qui se déplace sous la pression des doigts et revient aussitôt sur lui-même. C'est à peu près la définition que j'ai donnée de la rénitence, et, en effet, il est parfois absolument impossible de reconnaître si une tumeur est seulement rénitente ou si elle est fluctuante, tant les deux sensations se confondent, et c'est pour les cas de ce genre que la ponction exploratrice a été inventée.

Voici la manière de percevoir la fluctuation.

Les grandes collections de liquide qui donnent naissance à la production du flot sont reconnues à l'aide de la percussion.

Je suppose maintenant une collection siégeant à la face antérieure de la cuisse, par exemple, et de moyen volume; vous en constaterez l'existence de la manière suivante : appliquez la main gauche sur l'une des extrémités de la tumeur; servez-vous non de l'extrémité, ainsi qu'on le fait trop souvent, mais de la pulpe des doigts, et laissez la main immobile; avec l'autre main, posée de la même façon, pressez sur l'extrémité opposée de la tumeur : vous sentirez alors et vous verrez que votre main gauche est manifestement soulevée par un corps qui se déplace; répétez successivement plusieurs fois la même manœuvre de droite à gauche ou de gauche à droite.

Lorsque la tumeur contient, au lieu de liquide, une substance molle, telle que de la graisse, de la matière sarcomateuse ramollie, des fongosités ou des masses gélatiniformes, on éprouve exactement la même impression, et on dit alors que c'est de la *fausse fluctuation*, expression mauvaise, car, si la fluctuation existe, elle ne saurait être fausse; ce qui est faux, c'est la conséquence que l'on

tire du phénomène perçu. Pour établir alors un diagnostic exact, la sensation matérielle est insuffisante : il convient d'invoquer les autres signes ou en dernier ressort de faire une ponction exploratrice.

La recherche de la fluctuation devra être faite suivant les divers axes du foyer, car la présence des muscles peut être une cause d'erreur. Explorez la partie antérieure de la cuisse et exécutez la manœuvre précédente dans le sens vertical, vous n'éprouverez aucune sensation. Procédez au contraire dans le sens transversal, et vous obtiendrez un soulèvement identique à celui que donne la présence d'un liquide.

C'est lorsqu'il s'agit de constater l'existence d'un foyer profond qu'il faut surtout se garder d'être induit en erreur par la présence d'un muscle. La fluctuation profonde est un phénomène souvent difficile à percevoir, et une grande habitude est nécessaire pour affirmer, par exemple, qu'il existe un abcès dans la profondeur de la cuisse entre le périoste et l'os, et cependant ce diagnostic est de première importance, puisqu'il est indiqué de donner issue au pus le plus rapidement possible. C'est une des circonstances dans lesquelles le chirurgien trouve l'occasion de révéler sa supériorité, ainsi qu'il arriva à Nélaton dans un cas resté célèbre.

Pour entreprendre l'ouverture d'un de ces foyers profonds que ne signale aucune manifestation extérieure, le praticien doit avoir une foi absolue dans la sensation que lui ont fournie ses doigts, car il se produit au cours de l'opération un phénomène très important sur lequel je désire appeler toute l'attention. Il s'agit d'ouvrir un abcès sous-périostique occupant la face externe de la cuisse : il y faut arriver en divisant successivement la peau, la couche sous-cutanée, l'aponévrose d'enveloppe et le muscle vaste externe. Si, parvenu en plein muscle, éprouvant une certaine hésitation à poursuivre la section de parties absolument saines, on cherche de nouveau la fluctuation pour se diriger, on ne la perçoit plus. La sensation de refoulement du liquide n'est en effet perceptible que si la peau intacte offre au toucher une surface résistante : aussi, je le répète, dans ces circonstances délicates, le chirurgien doit-il avoir, avant de commencer, une certitude absolue, et poursuivre résolument son opération en ligne directe jusqu'à ce qu'il arrive dans le foyer.

Est-il possible, à l'aide des doigts, de reconnaître exactement la profondeur à laquelle siège une collection de liquide; de préciser,

par exemple, si elle est recouverte par une épaisseur de 4, de 5 ou 6 centimètres de parties molles? Oui, sans doute, mais on éprouve à cet égard des illusions que dissipe seulement un long exercice.

Si le foyer siège au fond d'une cavité, dans le pharynx, par exemple, dans le rectum, dans le vagin, on ne peut alors chercher la fluctuation qu'à l'aide d'un seul doigt. La sensation est celle d'un corps élastique qui fuit sous la pression et revient aussitôt en place; l'habitude seule permet de la distinguer de la simple rénitence produite au fond du vagin par un myome utérin. L'habitude ne suffit même pas toujours, ainsi que le prouve la divergence d'opinions exprimée dans certains cas obscurs par des praticiens sérieux et expérimentés. Il est bien certain qu'à expérience égale il faut tenir compte de la plus grande délicatesse de toucher de certains chirurgiens : il en est qui ont des yeux au bout de leurs doigts.

La recherche de la consistance des parties situées au-dessous des téguments donne souvent naissance à un signe qui, comme la fluctuation, joue en clinique un rôle capital : je veux parler de la *crépitation*.

La crépitation consiste en une sensation spéciale, quelquefois en un bruit que produisent des causes très diverses, phénomène perçu par l'explorateur, souvent par les assistants et aussi par le malade.

La plus commune est la *crépitation osseuse*. Elle résulte du frottement l'un contre l'autre de deux fragments osseux et constitue en général un signe pathognomonique de fracture, à la condition toutefois de n'être pas confondue avec une autre espèce de crépitation. Souvent très bruyante, quelquefois à peine perceptible, elle est toujours sèche et nette.

La *crépitation cartilagineuse* provient du frottement l'une sur l'autre de deux surfaces encroûtées d'un cartilage dépoli et rugueux, ou du frottement d'une surface cartilagineuse sur un os, comme dans certaines luxations, par exemple; cette crépitation est souvent bruyante, mais beaucoup moins sèche que la précédente.

Lorsqu'à la suite d'une contusion il s'est fait une infiltration de sang, la pression du doigt produit quelquefois un bruit spécial dû à l'écrasement d'un caillot : c'est la *crépitation sanguine*. S'il s'agit d'explorer un os superficiel; le péroné, la rotule, l'olécrane, etc., elle peut être une cause d'erreur, faire croire à une fracture qui

n'existe pas. Il est très difficile de définir une sensation, et cependant les crépitations osseuse et sanguine sont, avec l'habitude, assez facilement distinguées au toucher. Caractère différentiel important : la crépitation sanguine ne se produit pas plusieurs fois de suite dans le même point.

A la suite d'une fracture de côte, le poumon peut être blessé, et l'air qu'il renferme s'infiltrer dans l'épaisseur de la paroi thoracique : la main perçoit alors une sensation particulière qui constitue la *crépitation gazeuse* de l'emphysème. Ce même phénomène est parfois observé dans l'épaisseur des membres à la suite de grands traumatismes, ou lorsqu'il survient de la gangrène. La fracture des os du nez, du larynx, des sinus de la face, la rupture du sac lacrymal, peuvent également lui donner naissance.

L'inflammation de la coulisse des tendons, assez communé au poignet, donne naissance à une variété de crépitation qui porte le nom de *crépitation tendineuse*.

Une membrane séreuse est dépolie et les deux surfaces frottent l'une contre l'autre : il en résulte un bruit que l'on a comparé avec raison à celui que produit la pression de la neige ou de l'amidon entre les doigts, c'est la *crépitation amidonnée*. La cavité de la séreuse peut contenir des corps étrangers ressemblant à des grains de semoule, d'orge ou d'avoine; en se déplaçant sous la pression de la main, ces grains frottent les uns contre les autres, contre la paroi, et donnent naissance à une sensation très particulière que Dupuytren appela bruit de chaînon, mais qu'aucune comparaison ne me paraît rendre exactement.

Un produit de nature quelconque s'est développé dans un os ou sous un os et l'a distendu peu à peu; il arrive un moment où le produit n'est plus recouvert que par une lamelle osseuse très mince. Si on vient alors à presser celle-ci avec le doigt, elle se laisse déprimer et, revenant aussitôt sur elle-même, fait entendre un petit bruit sec comme ferait une feuille de parchemin : *crépitation parcheminée*.

S'il s'agit d'un traumatisme, vous aurez à rechercher l'existence d'un signe physique d'une haute importance : la *mobilité anormale*. Lorsque sur le trajet d'un os existe une mobilité nettement constatée, vous pouvez affirmer qu'il y a solution de continuité. La mobilité anormale est, beaucoup plus que la crépitation, un signe pathognomonique de fracture; c'est généralement le seul signe que l'on rencontre dans les fractures spontanées; c'est souvent

aussi le seul signe de fracture chez les enfants, dont le périoste, beaucoup plus résistant que celui de l'adulte, est en général conservé, ce qui donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic.

Nous rechercherons ensuite si le doigt est soulevé par des battements; si ces battements occupent un point limité, le trajet connu d'une artère, par exemple, ou bien s'ils s'étendent à toute la partie malade. Dans ce dernier cas il est de la plus haute importance de reconnaître si une tumeur est soulevée en masse par un vaisseau situé au-dessous d'elle, ou bien si elle éprouve à chaque systole du cœur un mouvement d'expansion indiquant que le sang pénètre dans son intérieur et non seulement la soulève, mais la distend dans toutes ses parties.

On recherchera également à l'aide du toucher le bruit comparé assez exactement à la prononciation du mot anglais *thrill* et qui est propre à l'anévrysme artérioso-veineux.

Existe-il un bruit de souffle, c'est ce que révélera l'auscultation. Le souffle est-il intermittent, isochrone à chaque systole cardiaque, comme dans l'anévrysme artériel? Est-il continu avec redoublement à chaque systole du cœur, comme dans l'anévrysme artérioso-veineux?

Lorsque des battements artériels et le bruit de souffle se produisent bien réellement dans l'intérieur d'une tumeur et ne dépendent pas de la compression d'une artère, ainsi qu'on peut l'observer au cou, par exemple, ils prouvent l'existence d'une tumeur vasculaire, mais non forcément celle d'un anévrysme proprement dit. Certains sarcomes myéloïdes des os donnent en effet naissance à des phénomènes identiques, mais qui sont en général beaucoup moins intenses. De plus, l'anévrysme est *réductible* et le sarcome ne l'est aucunement.

Dans les angiomes caverneux ou tumeurs érectiles, on trouve aussi des battements, de l'expansion, du bruit de souffle intermittent, et de plus la tumeur est en partie réductible; néanmoins l'aspect de la peau, la diffusion de la tumeur, sa consistance spongieuse, son défaut de résistance, sa marche, son mode de développement, etc., ne permettront pas la confusion.

L'exploration ayant démontré qu'il s'agit d'une tumeur liquide, il convient de rechercher si cette tumeur présente de la transparence. Vous rechercherez aussi si elle est le siège d'un phénomène spécial appelé *frémissement hydatique*. Certains auteurs

ont mis en doute l'existence de ce signe, mais bien à tort, car on le constate quelquefois avec la dernière évidence. J'ai comparé très exactement, je crois, la sensation que donne au doigt le frémissement hydatique à celle qu'il ressent lorsqu'on percute un sommier ou un fauteuil élastiques. Le frémissement tient, selon moi, à la collision entre elles d'un grand nombre d'hydatides filles pressées les unes contre les autres, dans une poche commune, comme des œufs dans un nid. Certains kystes parovariens, dont la poche n'est pas très tendue, donnent quelquefois à la percussion une sensation qui se rapproche de celle du frémissement hydatique, ce qui pour moi constitue un élément de diagnostic différentiel avec les kystes développés dans l'ovaire.

Pour percevoir le frémissement hydatique, il faut imprimer un choc très sec au doigt appliqué sur la tumeur, et il faut que le doigt repose lui-même très légèrement à la surface de la peau.

Après avoir reconnu les caractères physiques, s'il s'agit d'une tumeur, vous passerez à l'étude de ses connexions avec les parties sous-jacentes.

Est-elle mobile ou adhère-t-elle aux parties profondes?

L'adhérence au squelette est en général facile à reconnaître, car la tumeur est absolument immobile, quelle que soit l'attitude que l'on donne à la partie, et cependant même alors il existe une cause d'erreur, lorsque la tumeur siège sous le périoste et se trouve fortement bridée par cette membrane. De même, certaines tumeurs enclavées dans les cavités, par exemple, les exostoses des sinus de la face, paraissent adhérentes au squelette et n'y adhèrent pas en réalité. Mais ce sont surtout les rapports avec les muscles qu'il s'agit de préciser.

La tumeur est-elle intramusculaire, sous-musculaire, ou adhère-t-elle seulement à la surface du muscle?

Si elle est sous-musculaire, elle disparaît en partie ou même complètement lorsque le muscle est en état de contraction. Si elle est intramusculaire, elle se meut avec le muscle, se tend fortement pendant sa contraction et devient alors absolument immobile. Pour reconnaître si une tumeur adhère seulement à la surface d'un muscle, employez la manœuvre suivante: je suppose le cas le plus fréquent; il s'agit d'établir les connexions d'une tumeur du sein avec le muscle grand pectoral. Lorsque le muscle est au repos, le sein est mobile dans tous les sens comme le