

plaqués, panachés, rarement diffluents ; quand les bronches sont débarrassées, dès le matin, du produit de la sécrétion qui s'est faite la nuit, la toux se reproduit rarement dans la journée. Respiration à peine mêlée de râles, souvent semblable à celle des emphysémateux.

Catarrhe pituiteux. Bronchorrhée. Respiration plus gênée, dyspnée plus marquée que dans les cas précédents, toux et expectoration plus continuelles. Produit de sécrétion consistant en un liquide à peine visqueux, complètement transparent, légèrement filant, homogène, surmonté d'une mousse fine, persistante. Les malades en rendent jusqu'à 250 grammes dans les vingt-quatre heures. Complication fréquente de l'emphysème.

Catarrhe simulant la phthisie. Fièvre, toux constante, amaigrissement, sécrétion purulente, râles muqueux dans toute l'étendue de la poitrine. Dans quelques points, surtout en arrière, au sommet ou à la partie moyenne, râle simulant le gargouillement ; respiration rude, légèrement soufflante, quelquefois voisine de la respiration caverneuse, par suite de dilatation des bronches. Dépérissement général comme dans la phthisie. Différences avec la phthisie : il n'y a que des signes douteux de cavernes, et la lésion est ordinairement double, égale des deux côtés, et aussi prononcée à la partie moyenne des poumons qu'au sommet ; enfin, elle survient à un âge plus avancé que celui où débute la phthisie. Il est vrai que quelques vieillards deviennent aussi phthisiques, mais, chez ceux-là, il se forme ordinairement des cavernes très-faciles à reconnaître avec certitude.

Dilatation des bronches. — Maladie qui simule ordinairement la phthisie. Causes : âge avancé, pleurésies, pneumonies répétées ou passant à l'état chronique, bronchites chroniques. Mécanisme : traction excentrique exercée par les adhérences pleurétiques sur le poumon ; ou bien atrophie de l'organe par absorption interstitielle. L'affection est rarement double ; un poumon diminue de volume, tandis que l'autre s'élargit et fait saillie dans l'autre moitié du thorax (Barth).

Caractères : avant le développement de l'affection, une ou plusieurs affections inflammatoires thoraciques, comme : pneumonie, pleurésie, bronchites. — Pas de douleur, gêne de la respiration : décubitus sur le côté sain ; toux grasse, humide, quinteuse ; crachats purulents, de 3 à 400 grammes par jour ; déformation et atrophie d'une moitié de la poitrine ; respiration affaiblie ou rude, bronchique et caverneuse.

Différences avec la phthisie : siège à la partie moyenne ou inférieure d'un seul poumon ; rarement caractères de cavernes en avant ; pas d'hémoptysie ; l'apparence extérieure n'est pas celle de la tuberculisation ; le teint se conserve frais, les forces persistent longtemps. Commémoratifs : maladies inflammatoires des organes pulmonaires, plus ou moins longtemps auparavant. Dans tous les cas, diagnostic très-difficile.

LIVRE TROISIEME

MALADIES DE L'ABDOMEN

Sous ce nom, nous comprenons toutes les affections des organes abdominaux et les maladies qui, sans résider tout entières peut-être dans l'abdomen, y ont au moins leurs localisations les plus importantes ; telles sont : les affections puerpérales, certaines maladies des reins ; l'ascite elle-même. Ces diverses maladies, et d'autres que nous pourrions nommer, sont abdominales par leurs principales manifestations plutôt que par leur origine même.

Nous indiquerons d'abord, d'une manière très-sommaire, les principales dispositions anatomiques de la cavité abdominale et les règles à suivre dans l'examen des maladies de cette région du corps ; puis nous passerons à l'étude des signes de ces maladies, lesquelles se divisent naturellement en trois groupes : signes fournis par l'habitude extérieure du corps, signes locaux, signes éloignés et généraux ; nous terminerons, comme dans les livres précédents, par un résumé qui contiendra l'énoncé pur et simple des signes principaux des affections abdominales.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR L'ABDOMEN.

La paroi abdominale antérieure, la seule qui puisse être explorée, présente des dispositions qui varient selon l'âge et le sexe.

Chez tous les jeunes enfants, l'abdomen est très-volumineux et comme globuleux, l'ombilic est situé très-bas ; chez les enfants de quatre à dix ans, il est encore gros et saillant, mais d'une manière moins prononcée ; dans l'ado-

lescence, sa saillie disparaît pour faire place à un aplatissement complet ; quelquefois même, alors, les parois du ventre sont concaves ou excavées ; jusqu'à cette époque les différences entre les garçons et les filles sont peu tranchées ; elles se prononcent à partir de la puberté.

Chez les hommes, l'abdomen prend peu de développement de seize à vingt-huit ou trente ans, quoique les organes digestifs fonctionnent alors avec beaucoup d'énergie ; mais, à partir de cette époque, les intestins se développant, la paroi abdominale proémine et s'élève jusqu'au niveau du plan de la paroi thoracique ; le ventre redevient alors convexe, de haut en bas et dans le sens transversal ; l'ombilic, qui est ordinairement déprimé, occupe la partie la plus saillante de la convexité ; il existe toujours une dépression à l'épigastre, dans l'écartement des cartilages costaux (fourchette) ; un pli plus ou moins profond forme, au niveau de l'aîne, la limite entre la cuisse et l'abdomen ; enfin, les flancs sont toujours un peu excavés et les hanches saillantes. Dans la virilité confirmée, l'abdomen s'élève au-dessus du plan de la paroi thoracique, devient quelquefois très-proéminent, et sa saillie la plus forte répond à la région sous-ombilicale. Dans les flancs, les parties molles débordent la crête de l'os des îles. Chez les vieillards, l'abdomen conserve ces caractères ou diminue de volume.

Chez les femmes, à partir de la puberté, l'abdomen devient volumineux et plus ou moins saillant ; il est régulièrement arrondi, déprimé à l'épigastre, mais peu dans les flancs ; l'ombilic en occupe le centre et est toujours extrêmement enfoncé. Chez celles qui ont eu des enfants, il est généralement un peu plus gros et moins ferme.

Les personnes obèses ont l'abdomen très-gros, quelquefois saillant directement en avant, ou retombant sur les cuisses, et présentant un ou plusieurs plis transversaux.

Dans l'état de santé, la consistance de la paroi abdominale est celle d'un corps mou. Cette paroi se laisse déprimer et permet facilement l'exploration des organes intérieurs. Chez les très-jeunes enfants, elle est presque toujours dure, et cette exploration est à peu près impossible.

Des muscles, la peau et une couche de graisse constituent ces parois. Chez la femme, la couche graisseuse est considérable, en sorte qu'il est toujours difficile, dans ce sexe, d'explorer les organes profonds. Chez les hommes, les mus-

cles droits sont toujours rapprochés ; chez les femmes qui ont eu des enfants, ils sont souvent écartés, et, dans les efforts, l'intestin refoulé en avant forme entre eux une tumeur saillante, à grand diamètre vertical, et plus large au niveau de l'ombilic qu'à ses extrémités (éventration, écartement de la ligne blanche). Le même fait a lieu dans les deux sexes, après une distension considérable de l'abdomen par une ascite, une tumeur, etc.

La sonorité de l'abdomen est faible dans la partie moyenne ou ombilicale, qui répond à l'intestin grêle ; elle est plus forte dans les flancs et à l'épigastre, à cause de la présence du côlon et de l'estomac, qui sont toujours distendus par des gaz.

L'estomac ne répond pas toujours à l'épigastre, comme on le dit généralement ; il ne se met en rapport avec la paroi abdominale que dans l'état de plénitude, et c'est alors sa grande courbure qui se dirige en avant ; dans l'état de vacuité, il perd tout contact avec cette paroi, et l'arc du côlon le remplace. L'intestin grêle occupe la région ombilicale et hypogastrique ; le côlon remplit les flancs et la plus grande partie de l'épigastre. La rate est, dans l'état sain, entièrement cachée sous les fausses côtes gauches, inaccessible au toucher et souvent à la percussion : quand on la trouve par ce dernier mode d'exploration, elle donne une matité de 6 à 8 centimètres de hauteur et de 4 de largeur environ. Le foie ne se sent pas par le palper et ne déborde pas les côtes du côté droit ; mais, à la région épigastrique, il fait saillie et offre une résistance que l'on ne doit pas prendre pour celle de l'estomac ; il s'avance plus ou moins dans l'hypochondre gauche. Sa matité, à droite, commence vers la quatrième côte et descend jusqu'à la base du thorax, où elle s'arrête brusquement. Chez quelques femmes la pression du corset étranglant cet organe en fait descendre une partie au-dessous des fausses côtes et quelquefois jusque dans la fosse iliaque. On ne sent jamais la vésicule biliaire ni le pancréas. Les reins sont trop profonds pour être limités par la palpation, et, si l'on peut les circonscrire en arrière par la percussion, ce n'est que d'une manière fort obscure, toute la région postérieure de l'abdomen étant presque mate. La vessie est toujours complètement cachée derrière le pubis et ne le déborde que dans l'état de distension. L'aorte est sentie par une pression assez forte, mais seulement lorsque la paroi abdominale est souple.

RÈGLES A SUIVRE DANS L'EXAMEN DES MALADIES
DE L'ABDOMEN.

Les unes sont relatives au malade, les autres au médecin.

1° On fait coucher le malade sur le dos, on relève sa chemise en couvrant les membres inférieurs et la région du pubis, et en découvrant la base de la poitrine, afin de pouvoir comparer l'abdomen au thorax; on fait prendre au malade, suivant le besoin, diverses attitudes; mais celle qui se prête le mieux aux recherches est la suivante :

Le malade doit avoir la poitrine soutenue et relevée par des oreillers, la tête appuyée, la bouche ouverte, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses fléchies sur le bassin, les bras étendus le long du corps; on lui recommande de ne faire aucun effort, de se laisser aller comme s'il était mort, de respirer librement et doucement, en ouvrant la bouche, et de *ne point agiter* la paroi abdominale par la respiration.

2° Le médecin, se plaçant d'un côté du lit, examine d'abord la paroi abdominale, puis il porte les deux mains sur l'abdomen, et, en commençant, n'exerce aucune pression; il appuie ensuite légèrement afin que les muscles s'habituent au contact; une pression brusque les fait contracter d'une manière spasmodique, et la paroi abdominale devient roide comme une planche; quand cette disposition existe, on presse légèrement les muscles en les prenant à pleine main en différents endroits; de la sorte on les assouplit, et l'on peut palper ensuite profondément et même avec une pression assez considérable. La palpation se fait par l'extrémité des doigts réunis ou écartés, mais toujours sur de larges surfaces; autrement on provoquerait de la douleur et des contractions musculaires. Les deux mains doivent agir soit alternativement, soit simultanément, et explorer d'abord d'une manière générale l'abdomen, puis revenir examiner avec plus de soin ce qui peut paraître anormal. Il est quelquefois nécessaire d'exercer une pression un peu brusque, lorsqu'il s'agit de déterminer des gargouillements, ou pour sentir une saillie anormale. Ce procédé est surtout indispensable quand il existe une ascite; alors, en déprimant brusquement la paroi abdominale, le liquide fuit sous

les doigts; et, s'il existe un engorgement d'organe ou une tumeur, on en est averti par un obstacle qui empêche les doigts de pénétrer plus avant. C'est ainsi que l'on reconnaît les engorgements du foie et de la rate, dans le cas d'hydro-pisie péritonéale. Il est souvent utile de faire prendre aux malades diverses attitudes, de les faire tenir sur le côté, debout, à quatre pattes, afin d'apprécier la fixité ou la mobilité de certaines parties, etc. La palpation se fait encore d'une autre manière, qui n'a pas reçu de nom; nous voulons parler du genre de palper par lequel on produit la *fluctuation*; pour obtenir le *flot*, on place une main, par toute sa surface palmaire, sur le côté de l'abdomen opposé à celui où l'on est placé, et, avec un doigt de l'autre main, on donne des chiquenaudes plus ou moins fortes sur le côté où l'on se trouve; les mains peuvent être placées en sens inverse dans quelques cas. Quand la fluctuation n'est pas bien sentie de la sorte, on doit rapprocher les mains, et quelquefois on ne sent le flot que dans un point très-voisin du lieu percuté; il faut alors éviter de prendre pour de la fluctuation le mouvement d'ondulation qui est communiqué à la peau et au tissu cellulaire; cette palpation a reçu de Tarral le nom de *percussion périphérique*, par opposition à la précédente, qui pourrait être nommée *percussion diamétrale*; et, selon ce médecin, elle peut être exécutée avec une seule main; en effet, le pouce et le médius d'une main peuvent être chargés de recevoir la sensation, tandis que le doigt indicateur de la même main opère la percussion; ce procédé est utile dans les épanchements peu abondants.

Enfin la palpation a encore une autre forme dans le *toucher*, soit vaginal, soit rectal.

□ Le toucher vaginal s'exerce la femme étant couchée ou debout; en pratiquant le toucher dans cette dernière position, la pesanteur rend les organes du petit bassin plus accessibles et plus faciles à explorer.

Pour pratiquer le toucher la femme étant debout, on l'appuie contre un meuble ou contre le mur, et on lui recommande d'écartier les cuisses. Le médecin met le genou droit en terre et introduit sous les vêtements l'indicateur droit, enduit d'huile ou de cérat; on fait glisser le doigt d'arrière en avant dans le pli interfessier, et l'on pénètre ainsi directement dans le vagin; on peut de la sorte appré-

cier la configuration, l'état lisse ou granuleux de ce conduit, la position du col utérin, sa consistance, le plus ou moins de dilatation de l'orifice, l'état des culs-de-sac, la présence de tumeurs ou de collections fluctuantes, le ballotement fœtal, etc.

Pour pratiquer le toucher la femme étant couchée, on se place à droite de la malade, on lui fait soulever légèrement la cuisse droite et l'on pénètre dans le vagin en suivant d'arrière en avant le pli interfessier. Ce procédé est préférable à celui qui consiste à toucher la femme en plaçant la main en avant et parallèlement à la direction des cuisses; on ne s'expose pas à s'égarer dans les replis des grandes et des petites lèvres et du côté du clitoris; en outre, on soulève légèrement le bassin, ce qui facilite l'exploration.

Il est souvent utile de combiner le toucher vaginal pratiqué d'une main, avec la palpation abdominale pratiquée de l'autre.

Le toucher rectal ne comporte pas de règles spéciales; généralement on le pratique le malade étant couché sur le côté, une cuisse étendue, l'autre fléchie à angle droit sur le bassin.]

La *percussion* complète les renseignements fournis par le palper, et l'on fait alterner ou concourir les deux modes d'exploration.

La *mensuration*, l'*auscultation*, la *succussion* ne s'emploient que dans des cas particuliers; nous n'en parlons ici que pour mémoire.

SYMPTOMES ET SIGNES DES MALADIES ABDOMINALES

L'*habitude extérieure du corps*, les *signes locaux* et les *signes éloignés* forment l'ensemble des caractères propres à faire reconnaître les maladies abdominales.

CHAPITRE PREMIER

DE L'HABITUDE EXTÉRIEURE DU CORPS

Il y a plusieurs types des affections abdominales.

Dans les maladies *avec douleur* et *fièvre* (péritonite, hépatite, dysentérie, cystite), les malades sont couchés sur le

dos ou sur le côté, le tronc courbé en avant, les cuisses fléchies sur l'abdomen; en un mot, roulés ou pelotonnés sur eux-mêmes; la face présente le masque particulier qu'on nomme grippé, et dans lequel les traits sont amincis et rapprochés du centre du visage; les rides et sillons sont plus accusés que de coutume; la peau est pâle, quelquefois couverte d'une sueur froide, le pouls petit, concentré, misérable. La pression sur l'abdomen est insupportable.

Dans les affections *douloureuses*, mais *sans fièvre* (névralgies, coliques intestinales, hépatique, néphrétique, etc.), l'abdomen est rétracté; la pression soulage la douleur; il y a des rémissions franches, l'urine est aqueuse. La figure s'altère promptement et se remet de même.

Les affections du *foie* ont pour caractère de leur type l'ictère, l'éruption d'acné à la face, le lichen.

Il y a un type *utérin* que tous les praticiens ont remarqué et dont les principaux traits sont: la pâleur de la face, les yeux cernés et enfoncés, les douleurs lombaires et inguinales, l'épigastrie, etc.

Les *affections chroniques* impriment à toute l'économie un cachet particulier. Au premier abord on reconnaît un individu affecté de cancer de l'estomac. La teinte cireuse ou jaune de la peau, la décoloration des lèvres, l'état de langueur générale, l'état d'accablement intellectuel, la tristesse constante et le penchant au suicide dénotent surtout les affections stomacales.

On pourrait signaler d'autres types; nous avons voulu noter seulement les principaux.

CHAPITRE II

SIGNES LOCAUX DES MALADIES DE L'ABDOMEN

Ces signes sont physiques et fonctionnels.

ART. I^{er} — SYMPTOMES OU SIGNES PHYSIQUES.

Les modifications qui surviennent dans la forme et le volume de l'abdomen, dans sa consistance, sa température, etc., sont les signes physiques des maladies de cette