

insister sur ce caractère qui est véritablement pathognomonique. Ascite, ictère intense, permanent. Tous ces caractères, en l'absence de la cause paludéenne, d'une maladie du cœur, etc., ne peuvent guère laisser de doute sur un cancer du foie. Il faut ajouter les caractères rationnels, tirés de l'état cachectique et de l'apparence de *maladie organique*, présentés par le malade.

Les **kystes acéphaloscystiques** du foie se diagnostiquent par exclusion, et seulement quand ils ont un certain développement moyen. Un kyste du volume du poing, par exemple, ne peut guère être reconnu, même lorsqu'il forme une tumeur appréciable à la main ; en effet, cette tumeur est souvent irrégulière, très-dure et sans frémissement ; on peut la prendre pour une masse cancéreuse, un abcès, une tumeur étrangère au foie. Très-volumineuse, elle remplit l'abdomen et forme une masse fluctuante qui en impose pour une ascite ou un kyste de l'ovaire. On ne peut donc reconnaître facilement ce genre de lésion que quand la masse est d'un volume moyen, de la grosseur de la tête d'un enfant à terme, par exemple. Alors on sent une tumeur plus ou moins irrégulière, faisant fortement saillir la région hypochondriaque et repoussant les côtes inférieures en haut et en avant. Par la palpation on perçoit une élasticité marquée ; quelquefois une fluctuation obscure, fort difficile à produire. Disons ici que le frémissement hydatique est un phénomène des plus rares, que, pour notre part, nous n'avons jamais constaté. Trousseau disait qu'il ne l'avait jamais observé dans son immense pratique. Peut-être même ce prétendu frémissement, quand il existe, n'est-il dû qu'à des adhérences péritonéales, aux frottements déterminés par les mouvements de l'abdomen. Les tumeurs hydatiques sont mates à la percussion. On sent qu'elles font corps avec le foie. Enfin, quand le diagnostic est à peu près certain, une ponction exploratrice peut être pratiquée. Elle donne issue dans les kystes hydatiques à une quantité plus ou moins considérable de liquide limpide, clair comme l'eau de roche, ne précipitant pas par les acides et la chaleur, ne renfermant par conséquent, chose remarquable, pas de trace d'albumine, mais simplement quelques sels sodiques et potassiques. En laissant reposer ce liquide, on trouve souvent dans les couches in-

férieures des grains blanchâtres de la grosseur de grains d'amidon, et qui ne sont autre chose que des hydatides parfaitement reconnaissables à un grossissement de 80 diamètres. On trouve encore, à défaut d'hydatides, des débris caractéristiques, tels que des couronnes de crochets ou des crochets isolés.

Disons à cette occasion qu'on a dans ces derniers temps signalé des accidents mortels consécutifs à une ponction exploratrice. Nous croyons qu'on évitera ces accidents en laissant la poche se vider complètement par la canule du trocart. En effet, si l'on retire cette canule alors que la poche est encore distendue, une certaine quantité de liquide pourra être chassée dans la cavité abdominale et déterminer une péritonite.

Les nouveaux perfectionnements qu'a reçus la ponction exploratrice, grâce à l'emploi d'appareils *par aspiration* (de Dieulafoy, Potain, etc.), rendent cette précaution moins nécessaire et diminuent singulièrement les dangers de l'opération pratiquée tant au point de vue thérapeutique que diagnostique.

Dans cette maladie, pendant longtemps, il n'existe aucun trouble notable de la santé ; il n'y a pas d'antécédents de fièvres intermittentes, d'hépatite, etc. Enfin, absence d'accidents du côté des reins, de l'intestin. Aucun âge n'est exempt de cette affection. Souvent ces tumeurs s'ouvrent à travers la paroi abdominale, dans le poumon, l'intestin ; et les malades indiquent qu'ils ont rendu une grande quantité de liquide séreux ou purulent, avec des fragments membraneux, etc. Souvent il reste à la paroi abdominale des fistules qui donnent quelquefois passage à des membranes d'hydatides dans lesquelles on retrouve des crochets d'échinocoques, etc., etc. (1).

La **dilatation de la vésicule biliaire** forme aussi, dit-on, des tumeurs dans l'hypochondre droit. Nous ne savons pas si l'on a jamais senti et diagnostiqué ces tumeurs ; cela nous paraît au moins fort difficile. Nous nous abstenons, jusqu'à plus ample informé, d'indiquer les caractères qui ont été donnés et qui sont plus théoriques que pratiques. Si la vésicule contenait des **calculs biliaires**,

(1) Dolbeau, *Des grands kystes de la surface convexe du foie*. Thèse de doctorat, 1856.

pourrait-on en sentir la *collision*, à l'aide de la percussion, ainsi que l'a dit Martin Solon ?

La *rate* n'offre qu'une seule espèce de tumeur vraiment importante : c'est celle qui est formée par l'**hypertrophie** de son parenchyme.

Rien de plus facile que d'établir le diagnostic de ce genre de tumeur, d'après son siège, son volume, sa mobilité et les circonstances au milieu desquelles elle se développe. Ces circonstances sont le plus habituellement des fièvres intermittentes prolongées. Mais la rate peut acquérir un volume énorme dans une maladie particulière connue sous le nom de *leucocythémie* et caractérisée, outre le volume de la rate et l'hypertrophie souvent généralisée des ganglions lymphatiques, par une augmentation considérable des globules blancs du sang (1).

Le *péritoine* a aussi des tumeurs qui lui sont propres. Tels sont les cancers, les tubercules et les brides formées par l'épiploon ; en outre, la péritonite donne lieu à la formation de tumeurs plus ou moins volumineuses, résultant de l'agglutination des intestins ; enfin on y observe des hématoécèles.

Dans la **péritonite chronique** le grand épiploon se raccourcit fréquemment, se roule sur lui-même et forme une bride, assez ordinairement transversale, qui occupe la région sus-ombilicale. Lorsqu'on constate ce phénomène, en même temps que du météorisme et un peu d'ascite, en même temps que de la diarrhée, des douleurs et une fièvre continue avec exacerbation le soir, on doit penser à une péritonite chronique.

Cette même maladie donne aussi lieu à l'agglutination des intestins, et l'on constate alors, avec les accidents précédents : une induration irrégulière de l'abdomen, parti-

(1) Virchow, *Gesamm. Abhandlungen zur wissenschaftliche Medizin*. Frankfurt, 1853, grand in-8. — Bennett, *Edinburgh Journal*, 1851. — Leudet, *Bulletins de la Société anatomique*, 1852; *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1853; *Gazette médicale de Paris*, 1853, p. 430, et novembre 1853; *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*. Paris, 1874. — Vidal, *De la leucocythémie splénique* (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1856). — Valleix, *Guide du médecin praticien*, 5^e édition. Paris, 1866, t. I, p. 546. — Troussseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 5^e édition. Paris, 1877, t. III.

culièrement au niveau de l'ombilic ; des bosselures, des dépressions se manifestent ; il n'y a pas de limites bien arrêtées autour de la partie où siège l'induration ; enfin, malgré leur apparence de corps solides, ces parties donnent une sonorité qui exclut l'idée d'une masse véritablement pleine. Cette affection est commune chez les sujets lymphatiques, scrofuleux, surtout vers l'âge de quinze à trente ans. La marche de l'affection est lente ; l'agglutination des intestins se faisant progressivement et les dépôts plastiques augmentant sans cesse, l'abdomen grossit peu à peu ; quand cela a lieu chez des femmes, elles croient être enceintes ; des vomissements fréquents, un malaise continu, la suppression habituelle des règles, concourent encore à l'illusion.

L'engorgement et la dégénérescence caséuse des ganglions du **mésentère** donnent aussi lieu à la formation de tumeurs de l'abdomen ; c'est surtout chez les enfants que cette lésion se développe (*carreau*) ; mais il est rare qu'on puisse les constater, car il y a presque toujours simultanément une tympanite ou une ascite qui s'opposent à toute exploration. Dans le cas où l'examen est possible, on trouve des tumeurs multiples, rarement volumineuses, indolentes, occupant la partie moyenne de l'abdomen. Accidents généraux indiquant une atteinte profonde à la nutrition ; colliquation, marasme, maigreur extrême contrastant avec la tuméfaction du ventre, tumeurs au col et dans tous les ganglions superficiels.

Nous ne savons pas si l'on a jamais rencontré des tumeurs squirrheuses dans le péritoine, mais on y voit fréquemment des masses encéphaloïdes et du cancer colloïde. Les masses colloïdes sont ordinairement petites, disséminées dans tout le péritoine, sur l'épiploon et les intestins, et jamais en masses assez considérables pour former des tumeurs appréciables à la palpation. Mais il n'en est pas de même de l'**encéphaloïde du péritoine**. Il forme des masses multiples, dures, inégales, bosselées ; libres d'abord, elles ne tardent pas à adhérer et à se fixer dans quelque point. Un caractère qui aide beaucoup au diagnostic, c'est la multiplicité des tumeurs ; quelques-unes sont des cancers, d'autres des ganglions engorgés consécutivement ; souvent ascite, résultant d'une sub-inflammation. Tant que les tu-

meurs sont petites, il y a difficulté de diagnostic. Mais elles deviennent quelquefois volumineuses comme la tête d'un enfant à terme, et alors il n'y a presque plus d'erreur possible. La concomitance de lésions du même genre, placées à l'extérieur, lève tous les doutes. Un malade de vingt-cinq ans, couché dans notre service, à l'hôpital Beaujon, portait dans l'abdomen, qui était extrêmement développé, plusieurs tumeurs dures, mates, irrégulières, dont l'une était du volume de la tête d'un enfant au moment de la naissance; il y avait un peu d'ascite, de l'œdème des membres inférieurs, une maigreur extrême. Ce malade avait subi, il y avait quelques années, l'extirpation d'un œil affecté d'encéphaloïde. Nous croyons qu'on pouvait légitimement considérer les tumeurs de l'abdomen comme de nature encéphaloïde aussi. A ces tumeurs, en effet, conviennent les caractères qu'on observait: jeunesse (l'encéphaloïde est très-commun chez les enfants et les jeunes gens), volume énorme des tumeurs, accroissement rapide, multiplicité, lésion encéphaloïde ayant frappé un autre organe.

Les reins sont le point de départ de quelques tumeurs; on y observe, en particulier, l'hydronéphrose et la pyélite calculeuse; enfin le rein peut être mobile, soit à l'état sain, soit à l'état pathologique. La présence de la tumeur dans la région lombaire et au-dessous du foie ou de la rate, les troubles dans la sécrétion urinaire et l'absence d'accidents du côté des autres viscères abdominaux sont les principaux caractères qui établissent qu'on a affaire à une lésion des reins.

L'hydronéphrose ou dilatation des reins par accumulation d'un liquide séreux, qui n'est pas le produit d'une inflammation, forme une tumeur qui se développe lentement et sans douleur, ou à peu près sans douleur. Elle occupe la région rénale et fait saillir la paroi abdominale postérieure; en avant, on la sent quand elle a un volume un peu fort; elle est arrondie, régulière, dure, indolente. Elle prend quelquefois un tel volume, qu'elle simule un kyste de l'ovaire ou une grossesse. Pas de dérangement dans la sécrétion urinaire.

La pyélite donne lieu à une tumeur qui, outre les symptômes qui lui sont communs avec l'affection précédente,

offre comme caractères distinctifs les phénomènes suivants: des douleurs lombaires et abdominales plus ou moins vives, des accès de colique néphrétique et des urines purulentes. Quoique la tumeur dépende d'une oblitération de l'uretère, on ne s'étonnera pas de la présence du pus dans l'urine; l'oblitération n'est pas absolue et permanente; elle est déterminée par des calculs qui tombent sur l'embouchure du bassinet, mais qui peuvent être momentanément déplacés; des quantités plus ou moins considérables de pus ou d'urine purulente peuvent donc descendre dans la vessie. On perçoit aussi, dans ces cas, du gargouillement et du tintement métallique, lorsque des gaz se mêlent au liquide contenu dans la tumeur. Notons encore que la pyélite, comme la néphrite, s'accompagne d'accidents du côté de la moelle et d'un affaiblissement des membres, d'une véritable paraplégie (Rayer). Chez les vieillards elle détermine fréquemment de la fièvre et des accidents typhoïdes ou adynamiques.

Les reins peuvent devenir mobiles. Enveloppés par le péritoine et fixés seulement par un pédicule vasculaire, ils prennent, dans l'abdomen, des positions variables. On voit des reins mobiles parfaitement sains; d'autres, au contraire, contiennent des calculs qui sont peut-être un résultat de la mobilité de l'organe. En général, il n'y a qu'un rein déplacé, l'autre demeurant dans sa situation naturelle; très-ordinairement, c'est le rein droit qui a quitté sa position habituelle. La tumeur est indépendante du foie; elle est d'un volume peu considérable et allongée verticalement; l'intestin est situé au-devant d'elle; elle est très-mobile et paraît privée d'adhérences. [Les symptômes fonctionnels de cette ectopie sont peu accusés la plupart du temps, ou consistent en sensations vagues de tiraillement et de pesanteur; parfois il semble aux malades qu'un de leurs organes s'est décroché (Trousseau). Pas de troubles de la sécrétion urinaire ni de la miction. Source d'innombrables erreurs de diagnostic. La palpation permet quelquefois de reconnaître que la région rénale correspondant au côté où se trouve la tumeur ne contient pas le rein (1).]

Les tumeurs dont l'utérus est le siège sont: le cancer, les

(1) E. Fritz, *Des reins flottants* (Archives générales de médecine, 1859). — Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. 1877, t. III.

corps fibreux, l'hydrométrie et la physométrie. Les douleurs lombaires, inguinales et fémorales, l'existence de sécrétions anormales qui s'écoulent par le vagin, les dérangements de la menstruation, les modifications dans le volume, la forme, la situation de l'utérus, appréciables par le toucher, enfin les accidents du côté de la vessie et du rectum sont les sources du diagnostic.

Nous avons, en énumérant les caractères précédents, indiqué les éléments à l'aide desquels on peut arriver au diagnostic; insister sur l'étude de chacune de ces tumeurs serait empiéter sur le domaine de la pathologie descriptive.

Mais nous croyons devoir donner quelques détails sur une affection qui, depuis quelques années, fixe, avec juste raison, l'attention des praticiens; nous voulons parler de l'*hématocèle rétro-utérine*.

Signalée d'abord par Récamier et Bourdon sous le nom de *tumeur fluctuante du petit bassin*, plus tard par M. Bernutz dans son mémoire sur la rétention des menstrues, cette maladie a reçu de Nélaton l'heureuse dénomination d'*hématocèle rétro-utérine*.

L'hémorragie rétro-utérine se manifeste principalement chez les femmes de vingt-cinq à trente ans. Elle reconnaît pour cause immédiate la fluxion qui se manifeste dans les organes génitaux profonds, au moment des règles (*hémorragie rétro-utérine cataméniale*, Trousseau), ou seulement au moment de l'excitation sexuelle, ainsi que l'a établi M. Aug. Voisin (1). Le sang s'épanche dans la partie inférieure de la cavité du péritoine, dans le cul-de-sac situé entre l'utérus et le rectum, en arrière des ligaments larges. Par exception, ce liquide peut s'accumuler entre l'utérus et la vessie; mais il n'est pas encore démontré que l'hémorragie puisse être sous-péritonéale. Les auteurs ne sont pas d'accord sur le point d'origine de l'hémorragie. Ainsi, on l'attribue à une exhalation sanguine du péritoine (Tardieu), à la rupture d'une vésicule de Graaf (Nélaton et Laugier), à une hémorragie de la trompe utérine (Trousseau), à la rupture des veines utéro-ovariques variqueuses (Richet), à une ponte extra-utérine suivie d'hémorragie (Gallard), au reflux, par les trompes, du sang exhalé par la surface interne de l'utérus (Bernutz), etc. Enfin on a noté,

(1) Auguste Voisin, *De l'hématocèle rétro-utérine*. Paris, 1860.

comme causes occasionnelles, les coups, les chutes, les violences extérieures, le coït pendant les règles; et même toute excitation génitale en dehors de la menstruation (Aug. Voisin).

Quoi qu'il en soit, les symptômes sont les suivants: Début lent ou brusque; douleur sourde, ou vive et subite, dans l'hypogastre, s'étendant aux lombes, aux aines, aux cuisses; frissons, syncopes, vomissements, faiblesse et accélération du pouls; décoloration de la peau; ces derniers symptômes sont permanents, ou bien ils se représentent, à plusieurs reprises, dans le cours de l'affection. Pesanteur dans le bassin; difficulté de la miction ou de la défécation; pneumatose intestinale (Voisin). Quelquefois phénomènes dysentériques; troubles de la menstruation, comme dysménorrhée ou ménorrhagie, soit au moment où se forme l'hématocèle, soit aux époques menstruelles antérieures. Le plus souvent, hémorragies utérines et évacuations de caillots, lorsque l'hématocèle se produit. Formation lente ou rapide d'une *tumeur hypogastrique*, remontant jusqu'à l'ombilic, et quelquefois plus haut, située le plus ordinairement du côté droit, et présentant son plus grand développement au début de la maladie; ce n'est que par exception (Aug. Voisin, Gallard) qu'elle s'accroît aux époques menstruelles suivantes. Suivant le siège de la tumeur hématique, l'utérus est élevé, abaissé, dévié latéralement ou dans le sens antéro-postérieur; et la position du corps utérin indique, presque toujours, une situation inverse du corps de l'organe. Par le toucher vaginal ou rectal, on constate le déplacement de l'utérus et la présence d'une tumeur, soit sur les parties latérales du vagin, soit entre cet organe et le rectum. Cette tumeur n'a pas une marche progressive, comme on pourrait le croire: ayant acquis, à son début, le plus grand développement possible, elle tend ensuite à disparaître; et M. Aug. Voisin a signalé, d'une manière toute particulière, le retrait rapide qu'elle éprouve à chaque période menstruelle. On devra remarquer surtout un fait important et bien propre à éclairer le diagnostic dans les hématocèles rétro-utérines; c'est qu'elles sont *fluctuantes* à leur début (*tumeurs fluctuantes du petit bassin*, Récamier, Bourdon); et cette fluctuation peut être perçue non-seulement dans la tumeur vaginale, mais encore de celle-ci à la tumeur hypogastrique (Aug. Voisin). Enfin, et

comme s'il ne devait rien manquer à la physiologie pathologique de ces tumeurs, on a constaté qu'elles s'indurent, qu'elles deviennent solides, qu'elles présentent des bosselures, à mesure que le sang dont elles sont formées se coagule dans la cavité péritonéale. Elles tendent donc à une *résorption spontanée*; mais cependant on en a vu s'ouvrir dans le rectum, le vagin, le péritoine même, ou donner lieu à la formation de phlegmons.

La durée de ces tumeurs est de un à huit mois.

Nous avons dit qu'on observait, au début, des accidents généraux, tels que : frisson, fièvre, pouls petit, fréquent, à 120, vomissements; en un mot, des *accidents abdominaux*; ces symptômes se représentent, à plusieurs reprises, dans le cours de la maladie.

[[Dans sa remarquable monographie, M. Aug. Voisin insiste beaucoup sur ce caractère phlegmasique que présente la plupart du temps la maladie, et sur la marche clinique qui est souvent celle d'une *péritonite hémorragique*. Cette manière de voir a été surtout développée par Virchow. D'après lui, dans la majorité des cas, les collections sanguines du petit bassin ne sont pas la cause, mais le résultat de l'inflammation du péritoine de la région; le sang proviendrait, entièrement ou en grande partie, des vaisseaux de nouvelle formation si fragiles qui se développent dans les néo-membranes péritonéales. Il se passerait là quelque chose d'analogue à ce que l'on constate pour les chématomes de la dure-mère dans la pachyméningite hémorragique (1).]]

Comme nous ne nous occupons pas ici des maladies des organes génitaux, nous renvoyons, pour le diagnostic différentiel, à l'excellent ouvrage de M. le docteur Aug. Voisin, dont nous avons extrait tous les détails qui précèdent (2).

(1) Virchow, *Pathol. des tumeurs*, trad. Aronsohn, t. I, p. 148.

(2) Consulter aussi Viguès, Thèse. Paris, 1850. — Prost, Thèse. Paris, 1854. — Tardieu, *Annales d'hygiène*. Paris, 1854, t. II, p. 457. — Fenerly, Cestan, Thèses. Paris, 1855. — Engelhardt, Thèse. Strasbourg, 1856. — Gallard, Thèse. Paris, 1856. — Puech, Thèse. Montpellier, 1858. — Id. Paris, 1861. — Bernutz, art. *Hématocèle*, in *Nouveau Dict. de méd. et de chirurgie pratiques*, t. XVII, 1873.

Les affections des *ligaments larges* et de l'*ovaire* donnent aussi lieu à des tumeurs.

Si une femme, peu de temps après l'accouchement, présente une tumeur aiguë, douloureuse, dans un des côtés de l'hypogastre, on songera de suite à un **phlegmon du ligament large** ou à une **ovarite**. Ces tumeurs sont d'une consistance moyenne, mates, douloureuses, à contours peu arrêtés, pâteux; elles sont peu mobiles, elles remontent de bas en haut en se développant. Par le toucher vaginal, on sent qu'elles descendent sur le côté de l'utérus et du vagin.

Rappelons pour mémoire la **grossesse extra-utérine**.

Le *tissu cellulaire* de l'abdomen est souvent aussi le point de départ de lésions qui forment tumeur; des **kystes hydatiques**, des **corps fibreux** ou **fibro-plastiques**, des **phlegmons** sont les affections les plus ordinaires de ce tissu. Les premières sont rares et exceptionnelles, le phlegmon seul est commun; aussi ne nous occuperons-nous que de cette affection.

On voit naître les phlegmons du tissu cellulaire dans les fosses iliaques, dans les ligaments larges et dans l'excavation du petit bassin.

Les **phlegmons** de la **fosse iliaque** sont bien plus communs à droite qu'à gauche; rarement primitifs, ils reconnaissent presque toujours pour cause une affection du cæcum ou de son appendice (pérityphlite); des lésions analogues du côlon descendant produisent aussi, mais bien plus rarement, un phlegmon dans la fosse iliaque gauche.

Dans ces deux cas, le phlegmon est *sous-péritonéal* et présente les caractères suivants : tumeur pâteuse, molle, mal limitée, douloureuse, sourde à la percussion; la masse ne paraît pas descendre dans le bassin; souvent, au contraire, elle remonte sur le trajet du côlon ascendant. Cette tumeur est bien arrondie, superficielle, et quelquefois la paroi abdominale semble faire corps avec elle. Il y a toujours des troubles plus ou moins considérables du côté des fonctions intestinales, tels que diarrhée et constipation,

vomissements; et, si l'on remonte à l'étiologie, on reconnaît que l'affection a presque toujours été précédée de symptômes de la même nature. Nous avons vu une fois cette affection compliquée d'un ictere dont l'origine s'expliquerait peut-être par la propagation de l'inflammation le long du côlon ou du tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi postérieure de l'abdomen.

Quand le *phlegmon* est *sous-aponévrotique*, la tumeur est plate, étalée, profonde; elle se perd en haut vers la colonne vertébrale, en bas au-dessous du ligament de Fallope; il y a presque toujours rétraction de la cuisse; on ne tarde pas à voir de la fluctuation se manifester à la partie externe de la région inguinale.

Le *psortis*, les *abcès par congestion* de la colonne lombaire ne sont que des cas particuliers du phlegmon que nous décrivons.

La marche de ces tumeurs fournit d'excellents signes diagnostiques. Dans le premier cas, les accidents marchent rapidement, s'accompagnent de fièvre, la tumeur est très-douloureuse; petite d'abord, elle grossit rapidement et provoque de la tuméfaction, de l'empatement, de l'érythème même de la paroi abdominale; tous les mouvements sont gênés et douloureux; puis des battements dans la tumeur, des frissons, annoncent la suppuration; bientôt la tumeur s'approche de la peau, et l'on sent de la fluctuation; ou bien elle diminue rapidement en s'ouvrant dans l'intestin, dans le vagin, dans la vessie, etc. Quelquefois les malades ne s'aperçoivent pas de l'évacuation du pus par ces voies; il faut donc toujours surveiller les excréments quand on peut craindre l'existence d'un phlegmon de cette espèce. Si l'affection est chronique, elle marche d'une manière progressive et s'accroît comme les abcès froids.

Les **phlegmons des ligaments larges** naissent dans les mêmes circonstances que l'ovarite et en présentent les caractères. Accouchement récent, douleurs dans l'hypogastre, tumeur irrégulière, ordinairement assez volumineuse, plongeant dans le bassin, occupant un des côtés de la ligne médiane [donnant à la palpation pratiquée de haut en bas la sensation d'une *corde tendue* (Béhier)]; marche rapide; suppuration, terminaison comme dans les cas précédents.

Bien plus redoutable que les précédents, le **phlegmon du tissu cellulaire du bassin** reste cependant bien plus longtemps caché à l'observation; en effet, il ne forme une tumeur que quand il s'accompagne d'inflammation des ligaments larges ou du tissu cellulaire des fosses iliaques. Il survient à la suite des couches, dans les maladies du rectum, de la vessie, de la prostate, dans les cas de déchirure de l'urèthre, d'infiltration urinaire, dans les opérations pratiquées sur le rectum et le bas-fond de la vessie; on se tiendra donc, dans ces circonstances, toujours en garde contre le développement d'une semblable complication. Le toucher rectal ou vaginal sera le meilleur moyen de faire reconnaître l'existence de la tumeur, son siège et son étendue. On sent alors dans un point du pourtour du bassin, autour du rectum, de l'utérus ou du vagin, une tumeur dure, chaude, douloureuse à la pression; la miction et la défécation sont plus ou moins compromises. Quand la tumeur remonte jusqu'au détroit supérieur du bassin, on en sent l'extrémité supérieure, et l'on s'aperçoit facilement, par son siège, par les mouvements qui se communiquent facilement de ce point à celui qu'on a senti par le vagin ou le rectum, qu'on n'a affaire qu'à une seule et même masse. — La marche est celle des phlegmons ordinaires.

[Peu de questions ont autant divisé les gynécologistes que celle des inflammations péri-utérines et des collections qu'elles produisent; nous n'en citerons comme exemple que l'inextricable synonymie qui règne dans cette partie restreinte de la pathologie utérine: *cellulite pelvienne* (Gendrin), *phlegmon*, *engorgement péri-utérin* (Nonat), *pelvi-péritonite* (Bernutz), *périmérite* (Scanzoni), *paramérite* (Virchow). M. Nonat indiqua le premier avec précision le rôle du tissu connectif péri-utérin dans la production de ces inflammations, tant à l'état puerpéral qu'au dehors de cet état; ce tissu conjonctif est bien certainement, dans nombre de cas, ainsi que l'on vérifié Virchow, West et tout récemment M. Gallard, le point d'origine de la phlegmasie. Mais on doit à M. Bernutz d'avoir démontré que souvent, le plus souvent même, les collections pelviennes sont dues à des inflammations séro-adhésives ou purulentes du péritoine qui tapisse le petit bassin et notamment le cul-de-sac utéro-rectal. Il a insisté avec beaucoup de sagacité sur le mode de production de ces péritonites partielles,

qui traduisent habituellement un état inflammatoire des organes génitaux, de l'utérus ou de l'ovaire ; il se passe là quelque chose d'analogue à ce qu'on constate chez l'homme où rien n'est plus fréquent que de voir l'inflammation du testicule provoquer celle de la séreuse d'enveloppe, de la vaginale. En résumé, et pour conclure comme M. Courty, les inflammations et les collections péri-utérines reconnaissent deux sources : les unes prennent naissance dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, comme l'enseigne M. Nonat ; les autres, et ce sont les plus nombreuses, constituent de vraies pelvi-péritonites adhésives ou suppurées (1).]

Des **anévrismes** peuvent se développer dans l'abdomen et former tumeur. Le diagnostic est très-facile, en raison des battements et des mouvements d'expansion de la tumeur. Cependant on ne s'en laissera pas imposer par les battements nerveux et par les mouvements que des artères saines peuvent communiquer au foie, à divers organes plus ou moins sains, ou à des tumeurs anormales. Nous insisterons sur ces points en traitant des mouvements perçus dans l'abdomen. (*Voy. plus bas.*)

Nous sommes loin d'avoir épuisé la liste des tumeurs de l'abdomen ; nous pourrions en citer encore un grand nombre, mais nous avons voulu indiquer les plus communes, celles dont la clinique offre le plus d'exemples. Il nous paraît inutile de décrire maintenant celles qui sont très-rares, et par conséquent exceptionnelles, d'abord parce qu'on n'aura que très-peu d'occasions de les observer, ensuite parce que les signes en sont très-incertains, considérés d'une manière générale ; et qu'enfin, dans les cas particuliers, le diagnostic ressortira surtout des conditions tout à fait spéciales dans lesquelles le mal se sera développé.

A quoi bon, en effet, exposer les prétendus signes de *tumeurs gazeuses* qui se sont montrées, à de rares intervalles, dans le foie ; ceux des *abcès de la vésicule biliaire*, des *hémorrhagies* ou *tumeurs hématiques du foie*, des *corps étrangers de l'estomac*, des *tumeurs du pancréas*, des *calculs intestinaux* (2) ?

(1) Voy. Courty, *Maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1869. — Fleetwood Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*. 2^e édit. Paris, 1874.

(2) Consulter la Thèse intéressante de M. le docteur Pénard, *Sur les tumeurs de l'abdomen*. Paris, 1848.

XIII. — DES MOUVEMENTS DANS L'ABDOMEN, PULSATIONS ABDOMINALES.

La palpation fait encore percevoir des *mouvements* dans l'abdomen. Les principaux sont les pulsations abdominales et les mouvements actifs du fœtus. L'étude de ces derniers appartient spécialement à l'art des accouchements, nous les laisserons donc de côté.

En appliquant la main sur la paroi abdominale, on peut sentir des battements analogues à ceux des anévrysmes. Ces battements sont dus à trois causes différentes ; 1^o à des anévrysmes véritables ; 2^o à la transmission des battements de l'aorte ou de ses grosses branches, par des tumeurs ou des parties solides ; 3^o à des battements spasmodiques ou nerveux des artères. Ce dernier accident, en raison de sa singularité, mérite de fixer notre attention.

Pulsations abdominales. Battements épigastriques. Cet accident s'observe à peu près exclusivement chez les femmes, et particulièrement chez celles d'un tempérament nerveux, c'est-à-dire vif, impressionnable, mobile ; on le voit communément chez les hystériques, et quelquefois chez les hypochondriaques, chez les gastralgiques, au commencement de la grossesse.

Ces battements se manifestent surtout au creux épigastrique, où ils occasionnent un soulèvement visible qui, au premier abord, pourrait en imposer pour un anévrysme cœliaque. Souvent ils s'étendent jusqu'à la fin de l'aorte et aux iliaques primitives. Ils naissent quelquefois d'une manière rapide et sont promptement portés au plus haut degré d'intensité ; on remarque alors que les battements sont irréguliers et ne correspondent ni à la diastole artérielle ni aux battements du cœur ; ils sont tantôt plus lents, et tantôt plus fréquents, souvent aussi plus énergiques que les battements du cœur. Ces pulsations varient de moment à autre pour la force ; quelquefois à peine sensibles, d'autres fois si prononcées, qu'elles sont extrêmement pénibles pour les malades. Enfin, on sent quelquefois à l'épigastre comme une tumeur plus ou moins volumineuse, qui en impose encore davantage pour un anévrysme. Laënnec considérait cette tumeur comme formée, le plus souvent, par des gaz