produit parfois des *bruits de frottement* péritonéaux, dont nous avons déjà fait mention (p. 637) à propos de la palpation. Ils sont tantôt en connexion avec les mouvements respiratoires, tantôt on les provoque artificiellement par la pression sur le stéthoscope ; parfois aussi ce sont les contractions péristaltiques des anses intestinales avoisinantes qui leur donnent naissance. De même que les bruits de frottement pleuraux et péricardiques, ils peuvent parcourir tous les degrés d'intensité, depuis le frôlement doux jusqu'au bruit sec et bruyant de cuir neuf.

Dans certains cas, on perçoit au niveau de la rate des *bruits vasculaires*. On les a rencontrés dans la fièvre intermittente, la fièvre récurrente, la leucémie, la pseudo-leucémie, la rate flottante, la péricardite (Piazza) et la cirrhose hépatique, mais jusqu'à présent ils ont toujours fait défaut dans le kyste hydatique de la rate, et encore les bruits vasculaires n'ont été entendus qu'en cas d'hypertrophie de la rate. Les auteurs sont très divisés sur les causes des bruits vasculaires au niveau de la rate. Griesinger rapporte les bruits vasculaires aux gros troncs veineux du bas-ventre ; Mosler les attribue à la contraction des artères spléniques ; Tersti en rend responsables la torsion et le relâchement des vaisseaux spléniques afférents et efférents ; enfin Piazza croit qu'ils sont dus au rétrécissement par compression des artères de la rate et, en cas de rate de consistance molle, à la dilatation de ces mêmes vaisseaux.

Rappelons encore que Gerhardt entendit un double son sourd au niveau d'une tumeur splénique pulsatile, chez un individu atteint d'insuffisance des valvules aortiques.

---

8. — **Examen du pancréas.**

Il est fort difficile d'établir exactement le diagnostic des affections du pancréas, car les troubles fonctionnels aussi bien que les signes physiques de ces affections — si toutefois il en existe — sont fort incertains.

Parmi les méthodes physiques d'investigation, celle qui est la plus utile est la *palpation*. Mais si l'on tient compte de la situation profonde de l'organe, caché derrière l'estomac et le foie, de son peu d'épaisseur (2,8 centimètres environ) et de largeur (4,5 centimètres environ), on comprendra facilement qu'un pancréas normal demeure inaccessible à la palpation. Toutefois, nous devons ajouter que v. Leube prétend avoir perçu, à travers les parois abdominales, la tête du pancréas lorsque l'estomac et l'intestin étaient vides, et qu'Ewald affirme à son tour avoir perçu le pancréas sous forme d'une corde horizontale.

Lorsqu'il s'agit d'une tumeur solide, l'organe augmente de volume, apparaît parfois sous forme d'une tumeur oblongue perpendiculaire à la colonne vertébrale, et qui siège un peu au-dessus du milieu de la ligne xiphoïdo-ombilicale. Cette tumeur peut présenter des pulsations qui lui sont communiquées par l'aorte abdominale sous-jacente ; aussi faut-il veiller à ne pas la confondre avec un anévrisme de cette artère. La palpation devra porter sur le *volume*, l'*état de la surface*, la *consistance* et la *sensibilité de l'organe*. Les déplacements respiratoires font défaut, à moins qu'ils ne soient communiqués par le foie ou la rate, avec lesquels le pancréas peut contracter des adhérences.

Il est très facile de confondre les tumeurs du pancréas avec des tumeurs d'organes voisins, par exemple avec l'hypertrophie des ganglions lymphatiques placés à côté de la colonne vertébrale, dans le voisinage immédiat de la glande.

Au niveau de tumeurs pancréatiques volumineuses, la *percussion* donne un son obscur, mais qui présente souvent une consonance tympanique provenant de l'estomac et de l'intestin sus-jacents. A l'aide d'une forte pression sur le plessimètre, on arrive souvent à supprimer le timbre tympanique et à n'entendre que de la matité.

A *l'auscultation*, on devra s'attendre à des bruits vasculaires cardio-systoliques, lorsque l'organe hypertrophié comprime les artères du voisinage.

Les *tumeurs kystiques* du pancréas acquièrent quelquefois un volume considérable ; on les sent dans la cavité abdominale sous forme de tumeurs fluctuantes. On les confond facilement avec des kystes de l'ovaire ou des

kystes hydatiques du foie. Kuester fait ressortir que, contrairement aux kystes de l'ovaire, leur bord inférieur est toujours séparé de la symphyse par une zone de sonorité tympanique et que, si on a recours à la distension artificielle de l'estomac par l'acide carbonique, on peut toujours constater que la tumeur est située derrière l'estomac. Ce dernier signe différencie également les kystes du pancréas des kystes hydatiques du foie. En pratiquant la *ponction du kyste*, on retire dans la majorité des cas un liquide sanguinolent contenant des ferments diastasiques et émulsifs, plus rarement des ferments doués de propriétés digestives envers les albuminoïdes.

Les recherches de v. Mehring et Minkowski ont démontré que l'extirpation totale du pancréas provoque chez le chien le diabète sucré; depuis longtemps déjà on a observé des lésions du pancréas chez les personnes atteintes de *diabète sucré*. Mais ces lésions sont loin d'être de règle dans cette affection ; aussi la présence, même persistante, du sucre dans l'urine n'autorise nullement à conclure avec certitude à l'existence d'un état morbide du pancréas. Nobel et V. Ackeren supposent que l'apparition de la *maltose dans l'urine* milite en faveur d'une altération pathologique du pancréas. De même encore parlerait dans le même sens le *manque d'indican dans l'urine*, lorsqu'il est constaté dans des conditions où l'on pourrait s'attendre à le rencontrer en plus grande quantité qu'à l'état normal (Eichhorst et Gerhardi, Pisenti). Fr. Muller a insisté sur ce fait que, dans les maladies du pancréas, les *graisses neutres* abondent dans les selles, tandis que les sels des acides gras diminuent de quantité. Les *selles graisseuses* (*stéatorrhée*), l'*urine graisseuse* (*lipurie*), et la *coloration bronzée de la peau* sont sans valeur aucune pour le diagnostic des affections du pancréas, parce qu'elles surviennent aussi lorsque le pancréas est intact ; quant à l'apparition dans les selles d'un grand nombre de fibres musculaires consécutives à l'ingestion de la viande, ce signe n'est guère pathognomonique (1).

(1) Malgré les travaux nombreux, les symptômes fonctionnels des maladies du pancréas sont peut-être encore plus obscurs que les signes physiques. La colique pancréatique due à des calculs du canal de Wirsung (Baumel) est problématique; la stearrhée, la sialorrhée manquent fréquemment et n'ont rien de caractéristique. Peut-être faudrait-il attribuer une plus grande importance à l'absence de dédoublement du salol. A l'état normal, le salol ingéré se dédouble dans l'intestin en acide phénique et acide salicylique, qu'il est aisé de constater dans l'urine avec le perchlorure de fer. La rétention ou le défaut de sécrétion du suc pancréatique empêcheraient ce dédoublement de se produire (épreuve de Sahli).

---

9. — Examen de l'épiploon.

L'attention n'est attirée sur le grand épiploon que lorsque celui-ci est atteint d'une affection qui augmente considérablement son volume, comme le cancer, les échinocoques et les phlegmasies chroniques.

Ces affections peuvent déjà se manifester à l'*inspection* sous forme de saillies, circonscrites ou diffuses, que l'on rencontre ordinairement dans la région ombilicale. Ces saillies ne présentent pas de déplacements respiratoires, à moins qu'elles n'aient contracté des adhérences avec le foie. Il faut d'ailleurs se garder de prendre le glissement des parois abdominales sur la tumeur pour un déplacement de la tumeur elle-même.

La *palpation* a pour but de délimiter nettement ces tumeurs, notamment par rapport aux organes voisins, elle devra reconnaître l'état de leur surface, leur consistance, leur sensibilité et leur mobilité. Celle-ci est le plus souvent très considérable, il suffit d'un changement d'attitude pour déplacer la tumeur. Les tumeurs épiploïques sont facilement confondues avec des tumeurs d'organes voisins ; notamment avec celles du foie et de l'estomac. Avec celles du foie, la confusion est d'autant plus aisée que l'épiploon dégénéré peut reproduire les contours du foie (v. p. 635). Dans le diagnostic différentiel, il faut tenir compte, en dehors des résultats de l'examen physique, de la marche et des autres symptômes de la maladie.

A la *percussion*, on obtient, au niveau des tumeurs, de la matité. L'*auscultation* ne fournit aucun résultat.

---

10. — Examen des ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux.

Le diagnostic des affections des *ganglions mésentériques* n'est possible que dans les cas où l'on constate leur hypertrophie à travers les parois abdominales ; il s'agit le plus souvent de ganglions ayant subi la dégénérescence tuberculo-caséeuse, plus rarement la dégénérescence cancéreuse. Ils apparaissent sous forme de tumeurs bosselées, mobiles, qui donnent à la percussion de la matité ou de la matité tympanique. Il est facile de les confondre avec des tumeurs d'organes voisins. Les accumulations de matières fécales durcies sont une cause fréquente d'erreurs de diagnostic : l'administration de purgatifs suffit pour lever les doutes.

Pour les *ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux*, le *palper* ne permettra de les reconnaître que quand ils constituent d'assez grosses tumeurs bosselées, situées à la hauteur de l'ombilic (au moins au début), en contact, en arrière, avec la colonne vertébrale, non mobiles et pouvant s'étendre en bas jusque dans le bassin.

A la *percussion*, lorsqu'on comprime fortement avec le plessimètre l'intestin sus-jacent, ils donnent un son mat, ou même de la matité tympanique.

La confusion avec des tumeurs d'organes voisins est facile. Rutherford-Haldam cite un cas de tumeur ganglionnaire rétro-péritonéale prise pendant la vie pour un anévrisme de l'aorte.

---

11. — Examen du péritoine.

Dans l'examen du péritoine, l'attention doit se porter essentiellement sur les lésions que voici :

a) — **Rugosités de la surface péritonéale.** — Les phlegmasies aiguës, subaiguës ou chroniques sont le plus souvent l'origine des rugosités sur la surface péritonéale. Ces rugosités ne sont guère accessibles au diagnostic physique que si elles donnent lieu à des *bruits de frottement* perceptibles au palper ou à l'ouïe ; mais l'apparition de ces bruits est chose rare. L'expérience démontre qu'ils se produisent plutôt dans la péritonite subaiguë ou chronique que dans la péritonite aiguë. Ils ont été décrits pour la première fois par Beatty, puis par Bright ; on les désigne parfois sous le nom de *bruits Beatty-Bright*.

On les perçoit assez fréquemment sur le revêtement séreux du foie et de la rate. On les a observés aussi au niveau de la vésicule biliaire bourrée de calculs. Ils ne sont pas très rares au niveau des tumeurs utérines ou ovariques. Ils peuvent encore se produire au niveau des anses intestinales isolées ; c'est ainsi, par exemple, que Gerhardt dit les avoir observés dans la périty phlite. A plusieurs reprises je les ai entendus très intenses après la ponction d'une ascite, mais ils ne tardèrent pas à disparaître dès que l'exsudat s'était de nouveau accumulé dans la cavité abdominale.

A la *palpation*, ils se traduisent par un frôlement doux ou un frottement craquant et grinçant, qui le plus souvent présente, comme le frottement pleurétique, un caractère saccadé. Les caractères sont les mêmes à l'auscultation. Tantôt leur apparition est en relation avec les mouvements respiratoires, tantôt ils se produisent quand on comprime ou quand on frotte les parois abdominales, tantôt enfin ils accompagnent les contractions péristaltiques de l'intestin. Lorsqu'ils naissent sur le revêtement péritonéal du diaphragme, ils peuvent coïncider avec les mouvements du cœur et en imposer à un observateur inexpérimenté pour du frottement péricardique (V. p. 442). Leur durée est généralement courte ; dans certains cas, cependant, ils se prolongent pendant des mois et même, comme je l'ai constaté une fois, pendant des années.

b) — **Épanchement liquide libre dans la cavité péritonéale. Ascite.** — L'accumulation de liquide libre dans la cavité péritonéale est le plus souvent la conséquence d'une transsudation exagérée ; cet état morbide porte le nom d'*hydropisie abdominale, d'ascite*. La péritonite chronique séreuse