## 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

survenant comme une maladie indépendante ou consécutivement à la péritonite tuberculeuse, peut, elle aussi, donner assez souvent naissance à un exsudat libre dans la cavité péritonéale que l'on confondra facilement avec l'ascite. Au contraire, dans la péritonite aiguë, il se produit ordinairement dès le début, entre les anses intestinales, des adhérences qui empêchent la libre locomotion de l'exsudat liquide.

Les signes physiques d'ascite varient en partie avec la quantité de liquide ; et l'on fera bien par conséquent de choisir, pour l'étude, un degré moyen de cette affection.

A l'*inspection*, on est frappé de l'*augmentation de volume du ventre*. Dans le décubitus dorsal, elle intéresse notamment les côtés, où le liquide s'accumule en raison même de son poids ; dans la position verticale, au contraire, la pesanteur entraîne le liquide dans la moitié inférieure de l'abdomen qui alors proémine fortement. Dans le décubitus dorsal, la surface abdominale antérieure paraît aplatie (ventre de batracien). L'*ombilic* est effacé ; il ne fait saillie qu'en cas d'ascite très prononcée et alors il est translucide et évidemment rempli de liquide. Les parois abdominales, distendues, sont extrêmement lisses ; elles ne présentent pas le moindre pli et ont souvent une sorte de brillant miroitant. Les *veines sous-cutanées* y sont dilatées et flexueuses, parce que le sang veineux des extrémités inférieures, par suite de la compression par le liquide et le rétrécissement consécutif de la veine cave inférieure, gagne le cœur par des voies collatérales. On voit alors des deux côtés les veines épigastriques inférieures s'élever au milieu du ligament de Poupart et s'anastomoser avec les branches terminales des veines épigastriques supérieures, avec lesquelles elles forment autour de l'ombilic une sorte de couronne vasculaire. On constate alors une figure, que l'on a appelée, par comparaison, *tête de Méduse* ou *cirsomphale*. Parfois l'on perçoit à leur niveau un bruit de diable et l'on entend un bruit veineux continu. Ce phénomène s'observe dans la cirrhose du foie lorsqu'un grand nombre de branches de la veine porte étant devenues imperméables, une partie du sang de la veine porte se fraie une voie au cœur à travers la veine ombilicale demeurée perméable. Parfois l'on constate la présence sur les parois inférieures et latérales du ventre de *bandes* rosées ou violacées, à stratification souvent parallèle, dont l'aspect est exactement pareil à celui des vergetures des femmes enceintes et qui, comme celles-ci, sont dues à la distension par places des téguments.

Par la *palpation*, on peut percevoir la *sensation de flot*. En appliquant sur l'un des côtés du ventre la paume de la main et en percutant l'autre côté à coups brefs, on perçoit le choc des ondes ainsi produites. Des mouvements ondulatoires sont très souvent visibles à la surface du ventre. Ces ondulations sont tantôt très lentes, tantôt brèves et se succèdent rapidement. Il n'est même pas rare de sentir d'une façon très distincte ce que l'on appelle le *frémissement hydatique*. Un épanchement exagéré et une tension excessive des parois abdominales enlèvent sa netteté à la sensation de flot.



Pour pouvoir suivre la marche d'une ascite, la *mensuration* est importante. On se sert pour cela d'un ruban divisé en centimètres, avec lequel il est facile de contrôler les progrès ou la diminution de l'épanchement, si l'on a soin de toujours mesurer la même région ; le mieux est de pratiquer la mensuration au niveau de l'ombilic.

A la *percussion*, le son obtenu varie avec l'attitude du corps, car le liquide, libre de ses mouvements, tend toujours à occuper les parties les plus basses, tandis que les anses intestinales remplies de gaz viennent flotter à sa surface. Aussi, dans le décubitus dorsal, trouve-t-on à la partie supérieure le son tympanique intestinal ; sur les côtés au contraire, ainsi qu'en arrière et en bas, la matité propre au liquide. C'est seulement entre les lignes axillaire et scapulaire que l'on rencontre souvent au milieu de la zone mate une bande verticale de sonorité tympanique qui correspond au côlon ascendant et au côlon descendant, les mésocôlons n'ayant pas une longueur suffisante pour permettre à ces portions des intestins d'atteindre le niveau supérieur du liquide. Cette bande de sonorité tympanique ne fait défaut que lorsque les côlons renferment des masses solides ou subissent une compression énergique venant du liquide épanché dans la cavité péritonéale.

Dans le décubitus latéral, la matité primitive du côté opposé se transformera en sonorité tympanique, parce qu'en ce cas les anses intestinales qui flottent au-dessus du liquide arrivent en contact immédiat avec ce côté qui est devenu le point le plus élevé de l'abdomen. Il ne faut pas trop se hâter de percuter, car la transposition du liquide et de l'intestin exige quelquefois un certain temps.

Dans la station debout, la moitié supérieure du ventre est sonore, la moitié inférieure est mate.

Enfin, dans la position génu-brachiale, la matité siège sur la paroi abdominale antérieure, tandis que la paroi postérieure donne un son tympanique.

Lorsqu'on essaie, dans le décubitus dorsal, de tracer la limite exacte qui sépare la zone de tympanisme de la zone de matité, on obtient, comme l'a fait remarquer Breslau le premier, un contour non pas régulier, mais à dentelures et à ondulations multiples. Cela tient à ce que la surface du liquide s'insinue entre les diverses anses intestinales.

Lorsque l'ascite est très considérable, les signes énoncés ci-dessus peuvent subir des modifications. La tension exagérée des parois abdominales rend la fluctuation moins distincte ; le niveau du liquide étant très élevé, le mésentère devient trop court pour permettre aux intestins d'arriver jusqu'à ce niveau. C'est alors la *partie supérieure* du ventre qui, dans le décubitus dorsal, présente de la matité, tandis que *sur les côtés*, où se trouvent les anses intestinales, le son est tympanique. Par le même mécanisme, la variation de son dans le décubitus latéral est supprimée et la percussion donnera des résultats identiques, même dans la position debout.

Le diagnostic des épanchements peu abondants est encore plus difficile.

Comme le liquide, sous l'influence de la pesanteur, s'accumule d'abord dans le petit bassin, Bamberger recommanda de placer le malade dans le décubitus latéral, de telle façon que son bassin soit élevé. De cette manière le liquide coulera dans la région latérale où le son tympanique primitif se changera en matité. La position génu-brachiale peut être utilisée de la même façon.

On méconnaît très facilement l'ascite. Le *météorisme* s'en distingue aisément par l'absence de sensation de flot et la présence, partout et dans toutes les positions, de sonorité tympanique. Chez les *sujets très obèses*, le ventre a un gros volume et l'on obtient parfois une sorte de pseudo-fluctuation ; toutefois, la percussion, à condition qu'elle soit énergique, lèvera tous les doutes. Le diagnostic différentiel de l'ascite et de l'*œdème des parois abdominales* est facile également (1). Mais il peut surgir de très grosses difficultés quand il s'agit de distinguer l'ascite de *kystes ovariques;* dans ces cas, des erreurs ont été commises même par des gynécologistes très prudents et très expérimentés.

Dans le *diagnostic différentiel entre l'ascite et les kystes de l'ovaire*, il faut tenir compte des points suivants :

1. — *Forme du ventre.* Dans l'ascite, la paroi abdominale antérieure est étalée ; la distension frappe surtout les côtés ; tandis que dans les kystes de l'ovaire c'est précisément la partie médiane de l'abdomen qui proémine fortement en avant. De plus, le ventre est souvent plus distendu d'un côté que de l'autre.

2. — Dans l'ascite, l'*ombilic* est effacé ou saillant ; dans les kystes ovariques, il est refoulé vers le haut.

3. — Dans l'ascite, la *sensation de fluctuation* existe encore au-dessus du niveau du liquide, c'est-à-dire dans le domaine du son tympanique ; au contraire, dans les kystes ovariques la fluctuation est strictement limitée à la zone de matité.

4. — Dans l'ascite, la *percussion* donne en avant un son tympanique, sur les côtés et à la partie inférieure un son mat ; c'est le contraire dans les cas de kystes de l'ovaire (2).

5. — Dans l'ascite, la *limite de la percussion* forme une ligne ondulée, tandis que dans les cas de kystes de l'ovaire c'est une ligne droite.

6. — Dans l'ascite, le changement d'attitude du corps produit une *modification du son* ; ce phénomène fait défaut dans les kystes de l'ovaire, parce que le liquide y est enkysté.

7. — L'ascite n'exerce aucune influence sur l'*utérus* ; c'est tout au plus si l'on constate un peu de chute de l'organe ; dans les cas de kystes ovariques, au contraire, la matrice souffre dans sa mobilité, elle est en rétroflexion et surélevée.

(1) Rappelons que dans quelques cas on a confondu l'ascite avec la vessie distendue par l'urine, et avec l'utérus gravide.

(2) Dans le décubitus horizontal, la limite supérieure de la matité forme une parabole ouverte en haut dans l'ascite, une parabole ouverte en bas dans le kyste de l'ovaire.



8. — Le *liquide retiré par ponction* possède, dans l'ascite, un poids spécifique moins élevé (jusqu'à 1014), qu'en cas de kyste de l'ovaire (1018-1024). De plus, dans l'ascite le liquide est le plus souvent limpide et demeure liquide, tandis qu'en cas de kyste ovarique il est trouble et souvent épais. L'examen microscopique décèle dans le liquide ascitique des cellules épithéliales plates, tandis que le liquide kystique contient des cellules cylindriques (1).

Une *ponction exploratrice* est parfois nécessaire pour éclairer sur les causes d'une ascite. Dès que l'on retire de la cavité abdominale du liquide en grande quantité, les viscères abdominaux, notamment le foie et la rate, se dessinent avec une netteté frappante. Très souvent, il est vrai, le liquide s'accumule de nouveau en abondance quelques heures après la ponction, ce qui ne tarde pas à obscurcir le tableau clinique. Dans les cas douteux où le diagnostic hésite entre une ascite et une péritonite séreuse, il importe d'étudier le liquide évacué par la ponction au point de vue de sa teneur en albumine et du poids spécifique : un taux d'albumine inférieur à 2 p. 100 plaide en faveur d'une ascite, tandis qu'un taux supérieur à 4 p. 100 milite plutôt en faveur d'une péritonite. Quant au poids spécifique, dans l'ascite, il est inférieur à 1014, et supérieur à ce chiffre dans la péritonite.

Il faut encore remarquer que le liquide accumulé dans la cavité abdominale n'est pas toujours séreux ; parfois il est sanguinolent, gélatineux ou laiteux (*ascite gélatineuse, adineuse ou chyleuse*). A l'examen microscopique on trouvera donc, suivant les cas, des hématies, des cellules granulo-graisseuses et des gouttelettes graisseuses, parfois même des conglomérats de cellules néoplasiques (2).

(1) Dans l'ascite tuberculeuse (péritonite tuberculeuse à forme ascitique), le liquide renferme des lymphocytes, d'après Tuffier et Milian ; ces mêmes auteurs ont vu dans le liquide des kystes ovariques une multitude de cellules différentes, dont les plus caractéristiques sont de grosses cellules ovalaires ou rondes, vacuolées.

(2) Diagnostic de la cause de l'ascite. — A. *Ascite aiguë*, dite aussi ascite essentielle. — Cette ascite existe certainement ; elle est caractérisée par son apparition brusque, chez un sujet jeune, par ce fait qu'elle ne s'accompagne pas d'albuminurie, et par sa rapide curabilité. Il est probable qu'il s'agit là d'une poussée de péritonite aiguë dont la cause nous échappe encore.

B. *Ascite chronique.* — La cause est différente suivant qu'il s'agit d'une ascite isolée, d'une ascite précédée d'un œdème important des membres inférieurs, d'une ascite avec anasarque généralisée.

L'ascite *isolée* est le fait d'une gêne directe de la circulation de la veine porte. Elle s'observe surtout dans les affections du *foie*, particulièrement dans la cirrhose atrophique de Laennec et dans la pyléphlébite. Dans les affections du *péritoine*, elle est le fait d'une péritonite chronique, de la tuberculose, du cancer. Dans les affections de l'*estomac*, elle est le fait du cancer (forme ascitique du cancer de l'estomac, Chesnel). Dans les affections de la *rate*, on l'a observée surtout en cas de néoplasmes. Dans tous ces cas, il survient de l'œdème accentué des membres inférieurs, cet œdème est ordinairement postérieur à l'ascite et tient à la compression exercée sur les veines iliaques par le liquide péritonéal.

L'*ascite précédée d'œdème des membres inférieurs* indique une gêne dans la circulation de la veine cave inférieure ; elle est alors le fait d'une maladie du cœur, d'une lésion mitrale surtout, ou d'une affection chronique du poumon (emphysème, dilatation bronchique, etc.).

c) **Épanchement gazeux libre intra-péritonéal. Pneumo-péritonite.** — Lorsque la cavité péritonéale contient des gaz en liberté, le phénomène se traduit à l'*inspection* par une très forte distension de l'abdomen, *météorisme péritonéal*. Les mouvements péristaltiques de l'intestin ne sont perceptibles ni à la palpation, ni à la vue, ni à l'ouïe, car les anses intestinales sont refoulées, par les gaz épanchés en arrière, vers la colonne vertébrale (Wagner, Plenio). La plupart du temps on constate en même temps une dyspnée notable à cause du refoulement, vers les parties supérieures, du diaphgrame et des viscères thoraciques.

A la *palpation*, on perçoit une sensation analogue à celle que donne le palper d'un coussin à air fortement insufflé.

La *percussion* fournit partout un son tympanique ou métallique qui, différant en cela du météorisme intestinal, possède une tonalité égale partout et devient obscur en cas d'excessive tension des parois abdominales.

Ce qui est surtout caractéristique, c'est l'absence de matité hépatique et splénique, de telle sorte que la sonorité pulmonaire rejoint immédiatement la sonorité tympanique. Cela tient à ce que les gaz remontent vers le haut et écartent le foie et la rate de la paroi thoracique. Ce symptôme ne fera défaut que si les organes sont maintenus fixés à la paroi abdominale par des adhérences. Comme l'épanchement gazeux, en tout cas, a une tendance à occuper les parties les plus élevées, il se produit, si l'épanchement n'est pas trop abondant, des variations dans les résultats de la percussion à tout changement d'attitude du corps. Aussi trouve-t-on de la sonorité tympanique dans le dos en cas de décubitus abdominal, dans la région hépatique latérale en cas de décubitus sur le côté gauche, dans la région splénique en cas de décubitus latéral droit, etc.

A l'*auscultation*, on entend fréquemment de la respiration pulmonaire propagée, renforcée par résonance et devenue métallique. Presque tous les cas d'épanchement gazeux intrapéritonéal sont consécutifs à une *perforation de l'intestin*. Tschudnewsky a regardé le bruit respiratoire métallique perçu au niveau de l'abdomen comme pathognomonique de cette lésion. Il l'explique par l'entrée et la sortie de l'air à travers la blessure intestinale; Grosstern a démontré que cette explication était erronée. Mais Sommerbrodt a prouvé que la compression de l'intestin pouvait donner lieu à un bruit de souffle à consonance amphorique, que l'on ne peut guère expliquer autrement que par le refoulement de l'air à travers l'orifice de perforation.

d) — **Épanchements simultanés de gaz et de liquide dans la cavité péritonéale. Hydropneumopéritonite.** — Les symptômes physiques déterminés par la présence simultanée de liquide et de gaz dans la cavité péritonéale sont complexes. Là où siègent les gaz, la percussion engendre un son tympanique ou métallique, tandis que la région occupée par le liquide donne un son mat. Le changement d'attitude modifie les conditions de percussion, parce que toujours les gaz gagnent les parties supérieures et le liquide les parties les plus basses.

L'*ascite avec anasarque* plus ou moins généralisée doit faire penser d'abord à la *néphrite*. S'il n'y a pas de néphrite, on doit penser soit à une cachexie cardiaque très avancée, soit à une cachexie marastique, dont la cachexie cancéreuse offre le type le plus complet. (Voyez sur ce point le chapitre *Œdème*, page 135).



En secouant les malades, on entend des *bruits de glouglou* qui reproduisent exactement les bruits de succussion perçus dans la cavité pleurale en cas d'hydropneumothorax. Ces sortes de bruits se développent cependant aussi en cas de kystes à échinocoques et de kystes ovariques, lorsque ces tumeurs renferment en même temps des gaz et du liquide. On constate encore leur apparition dans l'estomac et l'intestin, lorsque ceux-ci renferment du liquide et des gaz. Mais les bruits péritonéaux, nés dans une poche plus vaste, sont toujours beaucoup plus intenses et ont une tonalité et une profondeur plus basses.

Les épanchements simultanés de gaz et de liquides peuvent être enfermés dans de petits espaces enkystés ou être libres dans la cavité péritonéale ; les raisons que nous venons d'exposer expliquent pourquoi, dans le dernier cas, les matités hépatique et splénique font défaut.

Quelquefois il se produit entre la surface hépatique et le diaphragme une accumulation de gaz et de liquide (pus) ; le diaphragme, paralysé par la phlegmasie primitive, est refoulé fortement dans la cavité thoracique et l'on est exposé ainsi à confondre ce genre de lésion avec un pyopneumothorax. C'est pourquoi on a donné à cette lésion le nom de pseudo-pyopneumothorax ou pyopneumothorax sous-diaphragmatique (Leyden).

Cette affection s'observe d'ordinaire à la suite *d'une perforation de l'estomac ou de l'intestin, notamment de l'appendice vermiculaire ;* de sorte que pour le diagnostic différentiel il faut rechercher s'il n'existait pas auparavant de symptômes d'affections ulcéreuses de l'estomac ou de l'intestin.

En introduisant un trocart dans la cavité péritonéale et en le reliant à un manomètre, on verra souvent, sinon toujours, que la pression manométrique augmente à l'inspiration et diminue à l'expiration, caractères opposés à ceux que l'on observerait si le foyer morbide siégeait dans la cavité pleurale. Du reste, le trocart doit être enfoncé très profondément avant de pénétrer dans la cavité de l'abcès. Lorsque le pus, évacué par la ponction, a une odeur fécaloïde, on peut presque affirmer qu'il s'agit d'un pneumothorax sous-diaphragmatique. Dans la majorité des cas, le bruit respiratoire cesse juste à la limite entre les poumons et l'abcès.

e) — **Collections liquides intrapéritonéales enkystées.** — Dans les collections liquides intrapéritonéales enkystées, la *palpation* révèle une augmentation de la *sensation de résistance* et décèle parfois la présence d'une tumeur circonscrite, sensible à la pression, assez souvent fluctuante. L'*inspection* demeure négative ou montre une voussure de la

région intéressée. La *percussion* donne un son mat ou mat tympanique, qui ne varie pas avec l'attitude du corps. Enfin, à l'*auscultation*, il peut se développer, au niveau de la tumeur, des bruits de frottement qui peuvent être assez intenses pour devenir perceptibles à la palpation.

Il nous faut dire un mot ici de l'*abcès sous-phrénique* (pyothorax sous-phrénique), qui est constitué par une collection de pus enkystée entre le foie ou la rate et le diaphragme. Il est facilement confondu avec un pyothorax parce qu'à la suite de la paralysie du diaphragme il remonte très haut dans la cavité thoracique. Le diagnostic différentiel est souvent hérissé de difficultés ; il s'appuie sur les points que nous venons d'exposer en parlant du pyopneumothorax sous-diaphragmatique (1).

(1) Parmi ces *péritonites partielles*, celles qui intéressent le plus le médecin sont les péritonites périhépatiques. M. Deschamps les a bien étudiées dans sa thèse de doctorat (*De la péritonite périhépatique enkystée*, 1886, Steinheil), et il a montré que leur cause la plus commune était la lithiase biliaire.

En ce qui concerne l'*abcès sous-phrénique*, on en trouvera une bonne description dans la clinique de M. Jaccoud (Clinique de la Pitié, t. I, p. 220).

---

CHAPITRE XII

# EXAMEN DE L'APPAREIL URO-GÉNITAL

## 1. — Examen des reins.

Dans la majorité des cas, c'est l'*examen des urines* qui rend possible le diagnostic des maladies rénales ; en effet, les reins même gravement touchés ne présentent souvent aucune modification perceptible directement. Les tumeurs des reins doivent atteindre des dimensions notables avant de se révéler à la palpation ou à la vue. Ce sont l'inspection et la palpation qui constituent les *procédés d'exploration* de choix ; quant à la percussion, elle est d'une application beaucoup plus rare, et l'auscultation n'est presque jamais employée.

Avant d'aborder l'étude des divers procédés d'investigation des reins, nous rapporterons les détails anatomiques les plus importants qui concernent ces organes.

Les reins ont la forme de haricots ; ils sont situés de chaque côté de la colonne vertébrale, sur une hauteur qui est comprise en moyenne entre le commencement de la douzième dorsale et la partie moyenne de la troisième lombaire, et qui correspond environ à 10-12 centimètres. En général, le rein droit est un peu plus bas que l'autre (à cause du foie), de sorte que son extrémité peut descendre jusqu'au niveau du disque articulaire qui sépare les 3e et 4e vertèbres lombaires. En tous cas, les extrémités inférieures des reins demeurent éloignées de la crête iliaque de 2 à 6 centimètres environ.

L'extrémité supérieure du rein s'élève, à droite, jusqu'au niveau du 11e espace intercostal, à gauche jusqu'au niveau du 10e. Cependant elle n'est pas en contact direct avec la paroi pectorale ; elle en est séparée, à droite par le foie, à gauche par la rate. D'où il résulte qu'en aucun cas les reins ne sont accessibles à la percussion sur toute leur longueur ; et de plus, qu'à leur partie supérieure, il est impossible de les séparer de la matité splénique et hépatique. Là où le rein gauche dépasse le bord de la rate, se trouve, au niveau du bord convexe externe de l'organe, l'angle spléno-rénal, auquel correspond à droite l'angle hépato-rénal (fig. 226).

L'axe longitudinal des reins se confond presque, il est vrai, avec celui