

Ce sont là des signes assez tranchés pour qu'il n'y ait pas à insister davantage.

On sait que le sarcome peut subir des transformations qui donnent lieu à des tumeurs complexes telles que le *fibrosarcome*, le *myxosarcome*. Ces modalités ne peuvent être que soupçonnées en clinique.

ABDOMEN

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

Les maladies des organes abdominaux étaient, autrefois, presque toutes du ressort de la médecine ; mais à l'heure actuelle le chirurgien est très souvent appelé à intervenir et il doit connaître la séméiologie de la cavité abdominale.

On a divisé l'abdomen en plusieurs régions par des lignes fictives qui délimitent des parties différemment nommées. Ce sont, sur la ligne médiane, l'épigastre, l'ombilic et l'hypogastre ; et sur les parties latérales, les hypochondres et les flancs (voir fig. 17).

Ces régions répondent plus ou moins aux organes contenus dans l'abdomen et sont surtout intéressantes par les appellations qu'elles ont reçues et qui sont d'un langage courant.

Avant de faire l'exploration de chaque organe abdominal en particulier, il est nécessaire d'*inspecter l'abdomen dans son ensemble*.

On notera avec soin les changements survenus dans *son volume* qui, dans les affections chirurgicales, est souvent considérablement augmenté.

On examinera *sa forme*. Il peut être dilaté régulièrement ou irrégulièrement une saillie se montrant plus évidente sur un point que sur un autre. La masse qu'il représente peut avoir une forme ovoïde, bombant en avant comme dans certains kystes de l'ovaire, ou au contraire être étalée donnant lieu à ce qu'on appelle le ventre de grenouille ou de crapaud. On fera changer de situation au malade et on verra, dans certains cas où l'abdomen renferme du liquide, celui-ci obéir aux lois de la pesanteur c'est-à-dire exagérer la saillie

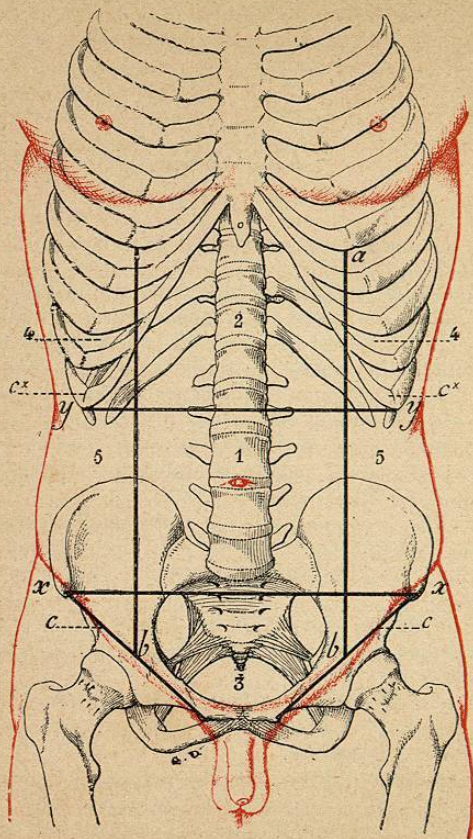


Fig. 17. — Départements de la paroi abdominale antérieure.

x, x, horizontale passant par les épinés iliaques antéro-supérieures. — *y, y*, horizontale passant par l'extrémité inférieure de la 10^e côte. — *a, b*, verticale menée par le milieu de l'arcade crurale. — *c*, arcade de Fallope. — *cx*, 10^e côte. — 1, région ombilicale. — 2, région épigastrique. — 3, région hypogastrique. — 4, 4, hypochondres. — 5, 5, flancs.

du côté bas qui repose sur le lit, tandis qu'elle disparaît de l'autre côté, du côté haut placé. Ce changement donne des présomptions en faveur d'un liquide non contenu dans une poche, mais mobile dans la cavité péritonéale.

L'état de la peau et de la circulation cutanée sera aussi noté. Les téguments de l'abdomen peuvent présenter des *vergetures*, ce qui indique que le ventre a été distendu par une ou plusieurs grossesses ou par une tumeur plus ou moins volumineuse. La *saillie de l'ombilic* doit aussi attirer l'attention; celui-ci peut être normal et reposer sur une tuméfaction considérable du ventre; ou bien être étalé, effacé, ce qui se voit de préférence dans l'ascite. Dans d'autres circonstances, l'ombilic fait une saillie anormale, sonore à la percussion, réductible ou non à la pression, caractères en rapport avec la présence d'une petite hernie symptomatique. Enfin on voit souvent se dessiner sous la peau un réseau veineux plus ou moins développé indiquant une circulation collatérale complémentaire dont le centre occupe parfois la région ombilicale (tête de Méduse); dans ces conditions on devra songer à une gêne de la circulation porte.

Nous nous bornons à signaler l'existence, dans la région épigastrique, de battements isochrones au pouls; car ce signe est surtout important dans les affections médicales (lésions cardiaques).

Exploration du péritoine. — A l'état normal, la palpation de la paroi antérieure de l'abdomen ne donne lieu à aucune sensation particulière. Il n'en est pas de même quand la séreuse péritonéale a été affectée. Dans ce cas elle peut être simplement dépolie, distendue par un liquide ou par un gaz ou bien, encore, par un épanchement simultané de gaz et de liquide.

On palpera donc avec soin toute la région abdominale antérieure et pour rechercher les *bruits de frottement*, on mobilisera en quelque sorte la paroi elle-même sur les organes qui sont contenus dans la cavité; on aura ainsi la sensation d'un frottement plus ou moins doux, plus ou moins rugueux.

Ces bruits de frottement seront parfois perçus très nettement pendant les grands mouvements de la respiration.

C'est surtout dans les kystes de l'ovaire, dans les tumeurs utérines, qu'on devra rechercher ce symptôme, car, contrairement à ce qui a été dit, la constatation des bruits de frottement est plutôt en faveur de l'absence d'adhérences.

Mais le plus souvent on a affaire à un liquide qui sera décelé par le volume exagéré du ventre, par la matité vis-à-vis des régions où il siège et surtout par la sensation de flot qu'on percevra de la façon suivante. On appliquera la paume de la main gauche à plat sur le côté droit du ventre de la malade et de l'autre côté, on percute de la main droite, en donnant un petit coup sec ou une chiquenaude. A chaque coup porté par la main droite, la main gauche sentira une onde produite qui lui donnera la notion du flot caractéristique.

Dans les cas où la sensation n'est pas bien nette chez les personnes très grasses, pour ne pas confondre le flot du liquide contenu dans le péritoine avec des vibrations analogues qui se passeraient alors dans la paroi, il est d'usage de prier un aide de placer la main verticalement sur le milieu de l'abdomen pour briser et interrompre les vibrations périphériques et faire cesser cette pseudo-fluctuation.

Quand le liquide n'est pas répandu dans toute la grande séreuse, mais s'est enkysté, limité par des adhérences, on n'a pas la sensation de flot que nous venons de décrire. On a affaire à une collection liquide intra-péritonéale enkystée, limitée par conséquent, formant une masse circonscrite dans l'abdomen. Il faudra y rechercher la fluctuation, mais avec les manœuvres indiquées pour rechercher le pus dans les abcès.

L'épanchement de gaz, non accompagné de liquide, dans la cavité péritonéale ne se rencontre que dans les plaies de l'intestin et donne lieu à ce qu'on appelle la *tympanite*.

Cette dernière est difficile à distinguer du *tympanisme* ordinaire, dû à la distension des anses intestinales. On reconnaîtra toutefois la tympanite à ce signe que le gaz épanché entre la paroi et le foie fait disparaître la matité hépatique. On percute donc avec soin l'abdomen au niveau du foie et, si on y trouve de la sonorité, on aura des présomptions en faveur d'un épanchement gazeux intra-péritonéal.

Le plus souvent gaz et liquide s'épanchent ensemble dans le péritoine, notamment dans le cas de péritonite par perforation. On reconnaîtra leur présence simultanée, par la percussion, qui montre de la matité surmontée d'une sonorité dont les limites changent avec l'attitude du malade et aussi par la détermination du *bruit hydroaérique*. Pour le produire on déprime brusquement l'abdomen avec les doigts de la main droite, on mélange ainsi momentanément gaz et liquide, ce qui donne lieu à un bruit de *glouglou*. Il est bien entendu que cette petite manœuvre devra être pratiquée au siège présumé de l'épanchement, soit dans les flancs ou à l'hypogastre.

Il faut bien se garder d'une cause d'erreur assez fréquente et qui consiste à confondre le bruit hydroaérique que l'on peut produire normalement, dans le gros intestin, avec le même bruit occasionné par le mélange d'air et de liquide dans le péritoine. On évitera l'erreur en constatant que le bruit intestinal est exactement circonscrit dans les régions occupées par le cœcum, le colon descendant; par conséquent c'est surtout dans les fosses iliaques, et principalement à droite, que l'on devra se défier de cette confusion.

Exploration de l'estomac. — Malgré les opérations sanglantes, aujourd'hui dirigées avec succès contre certaines maladies de l'estomac, cet organe n'en reste pas moins dans le domaine de la séméiologie médicale. Le chirurgien doit, pourtant, savoir se rendre compte des particularités qu'un néoplasme peut déterminer dans la région de ce viscère. Aussi, doit-il connaître les différents points que nous allons exposer.

Les cinq sixièmes environ de l'estomac sont situés à gauche de la ligne médiane et en rapport avec la concavité du diaphragme, l'autre sixième est situé à droite de la ligne médiane. La grande courbure de l'organe s'arrête à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. C'est donc entre ce dernier et l'appendice xyphoïde que se montreront les tumeurs de l'estomac.

Le pylore est masqué par le lobe droit du foie. Il est situé à droite de la ligne médiane, à une distance de 4 centimètres

environ. Ses tumeurs ne sont sensibles que lorsque leur poids les a fait descendre au-dessous du rebord du foie.

L'inspection de la région épigastrique devra toujours être pratiquée. Celle-ci peut être soulevée en masse par le fait d'une dilatation de l'estomac ; mais dans le cancer de cet organe on constate à droite et un peu au-dessus de l'ombilic, des tumeurs lisses ou bien noueuses qui appartiennent presque toujours au pylore.

Ces tumeurs ne changent pas de place pendant les mouvements respiratoires, ce qui les différencie des tumeurs du foie. Elles sont quelquefois animées de battements qui ne sont autres que des mouvements communiqués par les pulsations de l'aorte abdominale.

La palpation devra se faire, le malade étant couché sur le dos, les jambes fléchies. Celui-ci respirera vite et superficiellement, les doigts ne brusqueront pas la paroi par un mouvement rapide, mais pénétreront lentement, en déprimant, d'une façon continue, les tissus interposés.

Cette pression sera quelquefois douloureuse mais rarement dans les néoplasies.

La palpation se fera à l'aide d'une seule main, comme nous venons de l'indiquer et on reconnaîtra ainsi ou de l'empâtement ou bien un accroissement de la sensation de résistance. Dans les cancers de l'estomac on sentira nettement une surface irrégulière, dure, bosselée, qu'on pourra même dans certains cas limiter par le toucher.

On saisira, si la chose est possible, la tumeur en masse pour se rendre compte de sa mobilité. Les tumeurs cancéreuses de l'estomac sont en général mobiles.

Quelquefois le palper bimanuel sera nécessaire. A l'aide de pressions successives on peut ainsi imprimer certains mouvements qui renseignent sur les connexions et l'étendue d'un néoplasme.

La percussion de l'estomac a surtout de la valeur en médecine dans la dilatation de cet organe. Le chirurgien n'a besoin de savoir qu'une chose, c'est que la percussion donne, dans la région stomacale, une sonorité tympanique différente du son donné par la percussion de l'intestin.

Exploration de l'intestin. — Sauf pour sa dernière partie, le rectum, c'est à travers les parois abdominales qu'on doit se rendre compte des modifications pathologiques de l'intestin.

La forme du ventre devra donc être examinée tout d'abord. Il peut être plus ou moins saillant suivant l'embonpoint du sujet, mais, à l'état normal, il présente une forme symétrique. Il faudra donc noter les saillies permanentes circonscrites qui peuvent être dues à bien des causes.

La *coprostase* peut y donner lieu dans la région du côlon et principalement dans la fosse iliaque. Aussi fera-t-on bien, s'il n'y a pas de contre-indication tirée d'une obstruction par exemple, de purger le malade et cela suffira pour faire disparaître ce qui pourrait être pris pour une tumeur.

Les néoplasmes font aussi une saillie qui peut être apparente et dont le siège sera fixé avec soin.

L'abdomen peut présenter des changements de volume dans son ensemble. Une accumulation de gaz dans l'intestin peut déterminer ce qu'on a appelé le *météorisme*. On a dit que ce météorisme était surtout saillant à l'ombilic dans les cas d'occlusion intestinale siégeant à la fin de l'intestin grêle ou au commencement du gros intestin. C'est une particularité que nous n'avons jamais constatée.

La vacuité de l'intestin, qui s'observe dans les rétrécissements de l'œsophage ou du pylore donne à l'abdomen une forme particulière à laquelle on a donné le nom de *ventre en bateau*. Quand la paroi abdominale s'affaisse ainsi par la rétraction intestinale, on peut voir des soulèvements de cette paroi dus aux pulsations de l'aorte.

La palpation de l'intestin doit être envisagée par rapport aux différents segments de celui-ci.

La palpation de l'intestin grêle est mal définie à cause même de la mobilité de cet organe et c'est, tout au plus, si dans des cas très rares, on pourra sentir une portion dure indiquant un néoplasme de l'intestin.

La palpation du gros intestin a plus d'importance à cause des lésions que deux de ses parties présentent. Ces deux parties sont le cœcum et l'S iliaque.

Palpation du cæcum. — Elle est quelquefois rendue très difficile par la contracture des muscles de l'abdomen, contracture, qui, dans cette région comme dans tout le ventre, coïncide en général avec une lésion inflammatoire.

La palpation du cæcum a pour but de déterminer la sensibilité, la consistance de cette région et d'indiquer aussi s'il y a dilatation de cet organe.

Cette palpation sera faite avec précaution et en général avec une seule main. Si les parois sont très résistantes, on pourra appeler la main gauche à son aide.

La main est d'abord posée à plat sur la région cæcale dont elle apprécie la sensibilité, la forme et la consistance à l'aide de quelques mouvements faits suivant une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure; puis, petit à petit, les doigts se repliant pénètrent d'une façon douce et continue dans la profondeur de la région, toujours en faisant quelques mouvements pour limiter les parties qui se manifestent au toucher.

La recherche de la sensibilité se fera à l'aide de pressions successives qui délimiteront la zone douloureuse; elle siège dans presque toute la région, quand le cæcum tout entier est atteint et sur un point plus fixe quand c'est l'appendice qui est en cause. Ce point répond à la base de l'appendice et a reçu le nom de *point de Mac Burney*. Il siège dans la fosse iliaque droite sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, à quatre travers de doigt de cette épine (fig. 18).

La recherche de la consistance permettra de reconnaître une tuméfaction plus ou moins nette, plus ou moins pâteuse, plus ou moins dure et d'apprécier plus ou moins ses contours. On a dit que lorsque cette tuméfaction se présentait aux doigts sous forme d'un boudin on avait affaire à l'appendice, mais il n'en est rien et il est du reste très rare qu'on saisisse une partie ayant une forme bien limitée.

On recherchera aussi le *clapotement cæcal* qui, joint au soulèvement de la région, peut indiquer une dilatation du cæcum utile à reconnaître dans les cas d'obstruction intestinale, car elle permet de se rendre compte que l'obstacle siège en aval du cæcum et par conséquent sur le gros intestin.

Ce clapotement s'obtient en déprimant vivement la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque droite, avec le bord cubital de la main droite. On obtient ainsi par la collision des

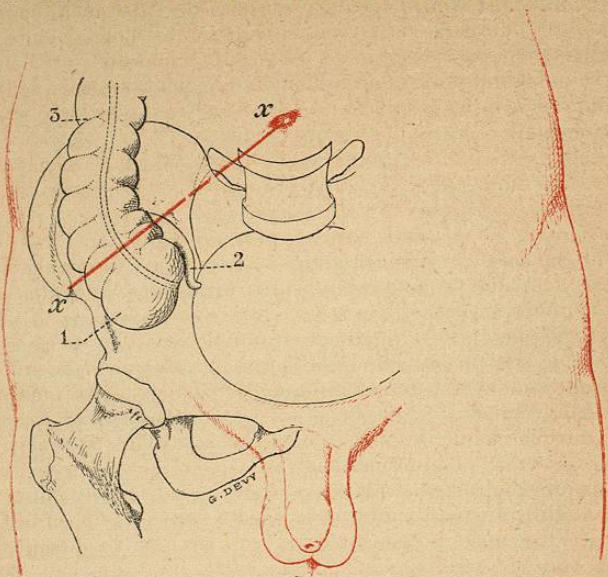


Fig. 18. — Ligne de Mac Burney xx' .

1, cæcum. — 2, appendice cæcal. — 3, côlon ascendant.

gaz et des liquides un bruit hydroaérique comparable à celui qu'on produit en secouant un estomac dilaté.

Nous avons dit précédemment qu'il fallait prendre garde de confondre ce clapotement avec le bruit hydroaérique dû à la présence de gaz et de liquide dans la cavité péritonéale.

EXAMEN DU RECTUM. — L'*inspection* a peu d'importance dans l'examen du rectum, et pour pouvoir se rendre compte, *de visu*, de l'intérieur de cet organe, il faut se servir de

petites valves, de spéculums, ou bien pratiquer sous le chloroforme la dilatation de l'anus.

Au lit du malade c'est le *toucher* qui est la manœuvre de pratique courante et il se fait de la façon suivante, soit dans la position dorso-sacrée, c'est-à-dire le malade couché en travers de son lit, ayant le siège sur le bord de ce lit et les jambes relevées, fléchies, soutenues par des aides ; soit dans le décubitus latéral, le membre reposant sur le plan du lit étant placé dans l'extension complète, l'autre fortement fléchi.

La première de ces positions est de beaucoup préférable.

L'index de la main droite, enduit de vaseline, forcera alors doucement la résistance de l'anus sans brusquerie et pénétrera facilement dans le rectum. En remontant, la pulpe de l'index sentira la muqueuse qu'elle explorera sur toute sa circonférence en imprimant un léger mouvement de rotation à la main. Il se rendra compte des inégalités, des saillies, des parties rétrécies qu'il pourra rencontrer et ne sera arrêté, dans cette exploration, que par le médius qui, venant s'appuyer dans la ligne interfessière, empêche l'index de se porter plus haut. On peut de cette façon explorer le rectum sur une étendue de 10 centimètres.

La main gauche pourra venir, dans certains cas, en aide à la main droite en déprimant la paroi abdominale et en présentant en quelque sorte à l'index, la partie malade qui aura été ainsi refoulée.

En sortant, le doigt, en repassant par les mêmes étapes, recueillera peut-être en allant de haut en bas des notions qu'il n'avait pu avoir dans l'autre sens.

A sa sortie, l'index sera examiné pour voir s'il ramène soit du sang, soit du pus.

Mais l'examen local ne suffit pas, il est absolument nécessaire d'interroger le malade sur les douleurs qu'il ressent pendant ou après la défécation ; sur les écoulements anormaux de glaires, de sang ou de pus qu'il peut présenter ; sur la forme des matières fécales qui dans le rétrécissement sont rubanées ou ovillées, enfin sur le prolapsus possible de la muqueuse ou du rectum qui se manifeste par la présence d'une saillie extérieure au moment de la défécation ou pen-

dant un effort, saillie qui peut rentrer immédiatement ou rester au contraire un certain temps au dehors.

Nous reviendrons d'ailleurs longuement sur ces différents points. (Voir *Anus et Rectum*.)

Exploration du foie. — Le foie, profondément caché dans l'hypochondre droit, n'est, à l'état normal, accessible ni à l'inspection ni à la palpation.

A l'état pathologique, quand il a augmenté de volume, la région hépatique est déformée et la vue peut d'abord fournir quelques renseignements.

L'inspection permet en effet de reconnaître une voussure qui rend la base du thorax asymétrique. Les côtes sont relevées et les espaces intercostaux effacés. On peut même voir, dans certaines hypertrophies considérables de cet organe, le bord inférieur de la glande hépatique saillant au-dessous des fausses côtes et formant un petit sillon qui suit les mouvements respiratoires. Cette saillie du bord inférieur du foie se constate, aussi, quand il y a abaissement ou déplacement de cet organe.

Dans des cas rares, on peut voir des bosselures faisant disparaître la régularité de la surface de la glande et quand il n'en existe qu'une à la partie antéro-externe, il faut songer à une tumeur formée par la vésicule biliaire distendue. Celle-ci peut acquérir un volume considérable quand elle est remplie de sérosité.

La *palpation* du foie devra se pratiquer, le malade étant dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies et la partie supérieure du tronc soulevée par un oreiller. Il faudra éviter les contractions réflexes des muscles de l'abdomen qui gênent l'examen, et attendre que cette contraction soit passée.

La sensibilité sera d'abord interrogée par de petites pressions qui, dans certains cas d'abcès circonscrits, ont une région nettement douloureuse.

La main sera ensuite portée sous les côtes et recherchera la face supérieure du foie et son bord inférieur qui seront trouvés quand la glande sera augmentée de volume. Parfois même on sentira cet organe déplacé, chez des femmes saines

qui, portant un corset trop étroit, ont le foie abaissé ou bien encore un foie flottant.

La palpation du bord inférieur fait reconnaître, quelque-

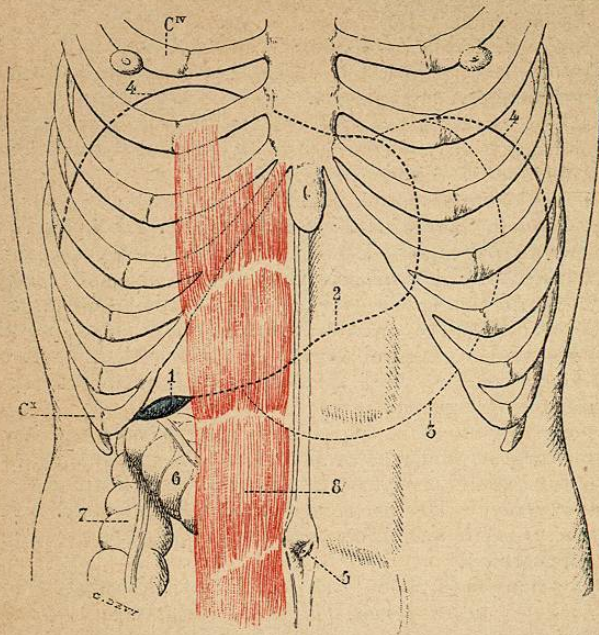


Fig. 19. — Rapports de la vésicule biliaire. (Demi-schématique.)

1, vésicule biliaire (fond). — 2, bord antérieur du foie. — 3, grande courbure de l'estomac. — 4, grande voussure diaphragmatique. — 5, ombilic. — 6, colon transverse. — 7, colon ascendant. — 8, muscle droit de l'abdomen. — C^{IV}, C^{III}, 4^e et 10^e côtes.

fois, les deux scissures formées, l'une latéralement par la vésicule biliaire, l'autre sur la ligne médiane par le ligament supérieur. La palpation de la face supérieure et antérieure du foie fait sentir les inégalités qu'elle présente. C'est ainsi

que dans le cancer on trouve des nodosités plus ou moins volumineuses. Elle permet aussi de se rendre compte de la consistance de l'organe et de reconnaître si on a affaire à une tumeur liquide ou à une tumeur solide.

La palpation permettra, enfin, de reconnaître les excursions respiratoires du foie ou des tumeurs qui y attachent. L'inspiration produit l'abaissement de la glande hépatique et l'expiration son ascension. Quelquefois, la main percevra, pendant les excursions respiratoires, un bruit de frottement dû au dépoli de la surface du foie.

La palpation de la vésicule biliaire est possible, dans les cas d'augmentation de volume de ce réservoir. Elle devra être cherchée sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen et immédiatement sous les côtes (voir fig. 19).

Dans les cas de rétention biliaire ou d'hydropisie de la vésicule, on peut la sentir formant une tumeur fluctuante lisse et tendue. Dans des cas très rares on peut même sentir les calculs contenus dans son intérieur, qui frottent les uns contre les autres.

Il faut savoir que, quand la vésicule est très dilatée, le colon transverse s'interpose entre elle et le foie et qu'elle peut paraître former une tumeur distincte de la glande hépatique, ce qui peut faire errer le diagnostic.

La percussion du foie donne les renseignements les plus utiles sur les limites et le volume de cet organe. Aussi est-il indispensable de connaître la zone de matité occupée par la glande hépatique.

Nous ne nous occuperons que de ce qu'on appelle la *petite matité hépatique*, la *matité vraie* laissant de côté la grande matité ou submatité plus utile à connaître pour le médecin que pour le chirurgien.

Cette petite matité hépatique a les limites suivantes : elle s'arrête en haut :

Sur la ligne sternale droite au niveau du bord inférieur du 5^e cartilage costal ;

Sur la ligne parasternale droite au niveau du bord supérieur du 6^e cartilage costal ;

Sur la ligne mamillaire droite au niveau du bord inférieur de la 6^e côte ;

Sur la ligne axillaire droite au niveau du bord inférieur de la 7^e côte;

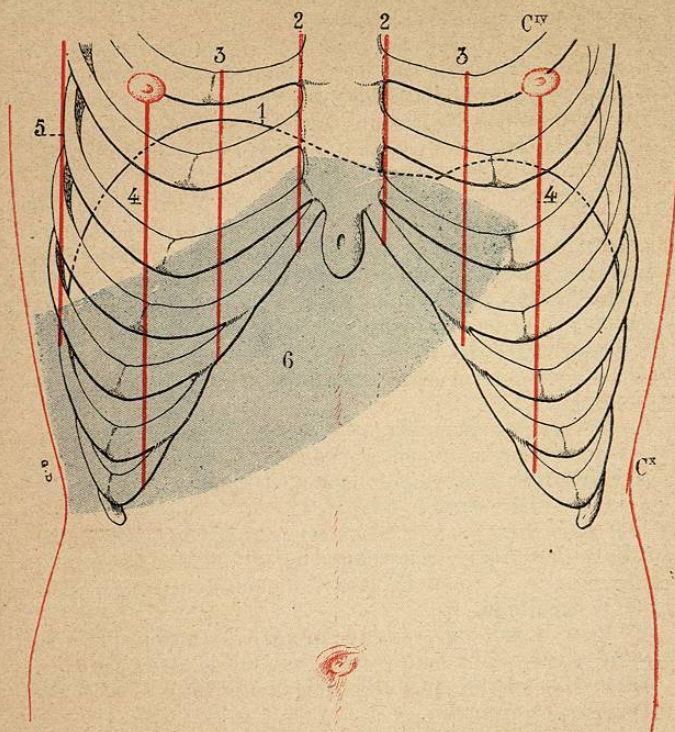


Fig. 20. — Matité du foie.

(La teinte bleue représente la zone de cette matité.)

CIV, Cx, 4^e, 10^e côtes. — 1, voissure diaphragmatique. — 2, 2, lignes sternales. — 3, 3, lignes parasternales. — 4, 4, lignes mamillaires. — 5, 5, matité vraie du foie.

Sur la ligne scapulaire droite au niveau de la 9^e côte;

Sur la partie latérale droite du rachis au niveau du bord

inférieur de la 11^e côte, point où elle se confond avec la matité du rein.

En bas les limites de la *petite matité hépatique* sont les suivantes :

Confondue à côté du rachis avec la matité rénale elle suit le trajet de la 11^e côte.

Sur la ligne mamillaire droite, elle abandonne le bord du thorax pour se diriger vers la ligne médiane et croiser celle-ci à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde, et vient se terminer pour l'extrémité du lobe gauche du foie entre la ligne parasternale gauche et la ligne mamillaire du même côté au-dessous de la région où on constate le choc de la pointe du cœur.

Telle est la topographie de la matité hépatique; mais dans certains cas (déplacements du foie par exemple) il est préférable de tenir compte des dimensions de la matité hépatique. Voici la moyenne des chiffres obtenus chez l'adulte sain :

- 6 centimètres sur la ligne médiane;
- 6 centimètres sur la ligne parasternale;
- 8 centimètres sur la ligne mamillaire;
- 12 centimètres sur la ligne axillaire;

Le lobe gauche dépasse la ligne médiane d'environ 5 ou 6 centimètres.

Il est bien entendu que, dans des cas exceptionnels, les limites de la matité hépatique peuvent varier sans que pour cela le volume du foie ait changé. Elle peut faire presque défaut, quand une plaie de l'abdomen a donné issue à des gaz dans la cavité péritonéale et que ces gaz se sont interposés entre le foie et la paroi abdominale. Elle peut être diminuée quand un météorisme considérable ou des tumeurs volumineuses de l'abdomen ont refoulé le foie sous le diaphragme.

La matité hépatique n'est presque jamais augmentée sans qu'il y ait hypertrophie de la glande. Une accumulation de matières solides dans l'estomac ou le côlon, ou bien une tumeur de l'un de ces organes pourrait, cependant, être une cause d'erreur.

Exploration du rein. — Les reins, situés de chaque côté

de la colonne vertébrale ont une hauteur de 10 à 12 centimètres, comprise entre l'interligne articulaire de la onzième avec la douzième vertèbre dorsale et l'interligne articulaire de la deuxième avec la troisième vertèbre lombaire, descendant, quelquefois, jusqu'à la partie moyenne de celle-ci.

A leur partie postérieure les reins sont recouverts, en haut par la paroi thoracique, en bas par le foie à droite et la rate à gauche, et de plus par l'épaisse couche des muscles de la région lombaire. En avant le colon les recouvre, disposition qui rend leur exploration difficile.

L'inspection permet de reconnaître une augmentation de volume de rein, qui peut faire saillie dans la région lombaire et même manifester sa présence, par une déformation portant sur la paroi antéro-latérale de l'abdomen ; mais, c'est de préférence dans la région lombaire que se manifestent les symptômes morbides prenant naissance dans le rein ; ce qui permet de les distinguer des maladies développées dans la plèvre qui restent limitées à la région costale, et des maladies du foie et de la rate, qui viennent faire saillie en avant du côté de l'abdomen.

Les affections du rein ont donc un siège lombaire ou iléo-costal.

Il est rare de noter une dépression dans la région rénale ; elle a cependant été signalée dans les cas de rein mobile.

La palpation est le vrai moyen chirurgical d'exploration du rein. Cette palpation peut se faire dans le décubitus dorsal, dans le décubitus latéral, ou bien encore, dans la position demi-assise ou dans la situation genu-pectorale.

Le décubitus dorsal est celui qui doit être préféré, et ici, on peut ne se servir que d'une seule main enfoncée sous les fausses côtes, palper unimanuel qui ne donne que des notions vagues, ou bien des deux mains. Le palper bimanuel doit être toujours employé. Il se pratique de la façon suivante : Une main (la main gauche pour le rein droit, et vice versa) est placée à plat dans la région lombaire, de façon à former un plan résistant qui embrasse la région en la repoussant en avant, au-devant de la main droite qui, placée sous les fausses côtes, s'enfonce doucement et graduellement dans l'abdomen au-devant du rein à explorer.

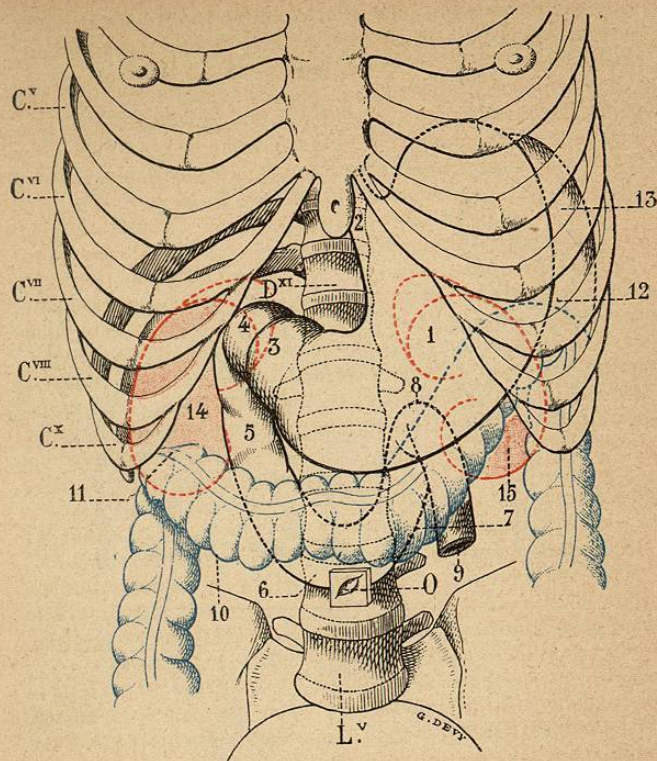


Fig. 21. — Rapports de l'estomac, du rein et du colon transverse (Demi-schématique) (face antérieure).

C.v, C.ix, 5^e, 10^e côtes. — D.xi, 11^e vertèbre dorsale. — L.v, 5^e vertèbre lombaire. — 0, ombilic.

1, estomac. — 2, cardia. — 3, pylorus. — 4, 5, 6, 7, 1^{re}, 2^e, 3^e et 4^e portions du duodénum. — 8, angle duodéno-jéjunal. — 9, jéjunum. — 10, colon transverse. — 11, son angle hépatique. — 12, son angle splénique. — 13, rate. — 14, rein droit. — 15, rein gauche.

Si, dans ces conditions, les deux mains en allant au-devant

l'une de l'autre perçoivent le rein, c'est qu'il est augmenté

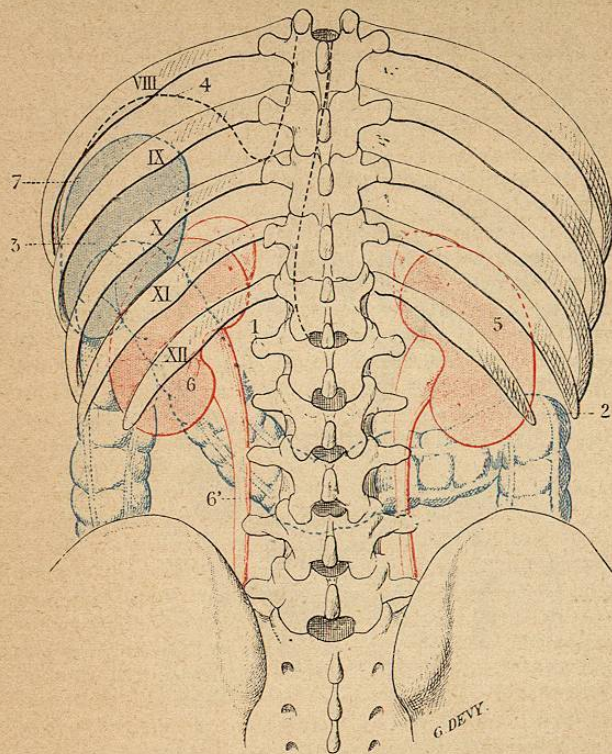


Fig. 22. — Rapports du rein (face postérieure) en partie d'après Farabeuf.

VIII, IX, X, XI, XII. Les cinq dernières côtes. — 1, apophyse transverse de la 1^{re} v. lombaire. — 2, angle sous-hépatique du colon transverse. — 3, angle splénique du colon transverse. — 4, grosse tubérosité de l'estomac. — 5, rein droit. — 6, rein gauche. — 6', uretère gauche. — 7, rate.

de volume ou déplacé, car « le rein normal et normale-

ment situé ne peut être senti par la palpation » (Guyon).

Quand il a été saisi entre les deux mains, on peut se rendre compte de sa sensibilité à l'aide de la douleur provoquée par une pression plus ou moins brusque. A l'état normal, la pression du rein n'est pas douloureuse.

On n'omettra pas non plus de pratiquer la manœuvre du *ballotement rénal* qui consiste, à l'aide d'une secousse imprimée dans la région lombaire, à lancer le rein en avant sur la main antérieure qui perçoit le choc.

Dans le décubitus latéral, on fait coucher le malade du côté sain, de façon à faire obéir le rein aux lois de la pesanteur et à le faire saillir, au-dessous des fausses côtes, dans la région ombilicale où son exploration devient plus facile.

Cette position, de même que la position demi-assise et la situation genu-pectorale, s'emploie surtout dans les cas de rein mobile. M. Glénard dans les cas de *néphroptose* a donné un procédé d'exploration unimanuelle que nous ne décrirons pas ; car il est surtout employé en médecine. Ce même auteur croit aussi, dans une certaine mesure, aux déplacements respiratoires du rein qui ne sont pas admis par la plupart des auteurs.

La *percussion* du rein doit se faire en avant et en arrière. Dans ce dernier cas depuis Piorry, on recommande le décubitus abdominal, le ventre étant soutenu, par un coussin, pour relâcher les muscles lombaires. Cette percussion lombaire est très délicate et, il faut l'avouer, donne peu de renseignements, car la matité rénale se confond avec la matité hépatique à droite et splénique à gauche et la couche musculaire est tellement épaisse que certains auteurs doutent que la matité dite rénale soit une matité due seulement à la présence du rein.

Dans les cas d'augmentation de volume du rein on pourra voir la matité remonter du côté des poumons, et il faudra faire le diagnostic différentiel avec une pleurésie de la base. De même à gauche, si on constate une bande sonore entre la colonne vertébrale et la matité due à une tumeur, c'est dans la rate qu'il faudra localiser la maladie.

La percussion, en avant, ne permet pas de délimiter les lésions d'une façon exacte, mais permet de reconnaître, dans

le flanc, de la sonorité ou de la matité. Or on devra retenir : qu'une tumeur de cette région qui présente une sonorité antérieure a les plus grandes chances de siéger dans le rein. Cette sonorité peut bien exister dans les tumeurs de l'intestin ; mais il y a alors des troubles dans les fonctions de l'organe ; dans les tumeurs du mésentère et du pancréas, mais celles-ci sont en général médianes.

Quand, dans le flanc gauche, on constate de la matité, on a toutes les chances possibles de se trouver en présence d'une tumeur du rein ou de la rate. Il faut pourtant encore savoir que, si la tuméfaction rénale est très volumineuse, elle peut, dans des cas exceptionnels, dédoubler le mésocôlon, refouler de ce côté le côlon et venir prendre contact avec la paroi abdominale en y déterminant de la matité.

Il est bien entendu que l'exploration complète du rein comporte l'analyse des fonctions de cet organe et par conséquent l'étude de l'urologie ; mais ces points spéciaux ne rentrent pas dans le cadre que nous nous sommes tracés.

Exploration de la rate. — La *rate*, profondément située dans l'hypochondre gauche, échappe, à l'état normal, à nos moyens d'investigations.

L'*inspection* ne peut dénoter un changement de forme de la région splénique que lorsque la rate est considérablement hypertrophiée, et il faut une augmentation notable de son volume, pour qu'on puisse la sentir par la palpation.

Quand sa tuméfaction lui fait faire saillie à l'extérieur, on peut la voir suivre les excursions respiratoires, ce qu'on observe aussi pour le foie.

La *palpation* de cet organe doit se faire de la façon suivante : on recommande de mettre le malade dans une position intermédiaire entre le décubitus dorsal et le décubitus latéral droit, le bras gauche placé derrière la tête. La main droite du chirurgien, les doigts un peu fléchis, plongera alors dans l'espace compris entre l'extrémité flottante de la 11^e côte et le cartilage de la 10^e côte, et au moment d'une inspiration profonde, sentira l'organe sous la forme d'un corps arrondi.

Pour peu que la rate soit assez développée, la palpation

bimanuelle permettra de l'explorer et comme en s'hypertrophiant elle conserve le plus souvent sa forme, on sentira un corps elliptique ayant la même consistance que l'organe, présentant un bord saillant sur lequel on peut constater des sillons au nombre de un à quatre.

Dans l'hypertrophie simple, la surface de la rate est lisse, elle est en général bosselée et inégale dans les tumeurs de cet organe qui, du reste changent absolument sa forme et peuvent être fluctuantes dans le cas de kystes hydatiques par exemple.

Une particularité des tumeurs de cet organe c'est la mobilité qui permet de le déplacer avec une grande facilité. Il en est de même dans l'hypertrophie jusqu'au moment où son volume considérable le cale pour ainsi dire dans l'abdomen.

Enfin il faut savoir que dans certains cas, la palpation permet de reconnaître un bruit de frottement qui peut simuler le bruit de cuir neuf et qui est dû à de la péricapsulite. Chez certains malades la pression de ce viscère peut déterminer de la toux dite *doux splénique*.

La *percussion* de la rate est très difficile parce qu'elle a peu d'épaisseur et qu'elle est partout entourée d'organes très sonores.

On doit percuter cet organe sur la ligne axillaire, en se rappelant que son grand axe suit à peu près la direction de la dixième côte et que son petit diamètre sur la ligne axillaire mesure au maximum de 5 à 6 centimètres, étendue que donne la matité normale de la rate.

Cette matité est limitée en avant par le son tympanique de l'estomac et du côlon transverse ; en haut par la sonorité pulmonaire ; en arrière et en bas cette matité se continue immédiatement avec celle du rein gauche.

La percussion se fera dans la position recommandée plus haut pour la palpation.

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'une *contusion de l'abdomen*, on doit tout d'abord se demander, si