

mal, le pancréas demeure inaccessible, étant fort mince (environ 28 millimètres d'épaisseur) et peu large (environ 4 1/2 centimètres).

Pour pratiquer la *palpation*, on prend les précautions habituelles, flexion des jambes sur les cuisses et des cuisses sur le bassin, abduction des membres inférieurs, distraction du malade par la conversation; examen avec des mains chaudes; pression progressive mais continue vers la profondeur; quelquefois il faut recommander au malade d'ouvrir largement la bouche. Pendant le sommeil anesthésique, en provoquant le relâchement prononcé des parois abdominales, on favorise la palpation; il en est de même de la position génu-brachiale et de l'évacuation du côlon transverse par des lavements.

Lorsqu'il s'agit d'une tumeur solide, l'organe est augmenté de volume et apparaît sous forme d'une tumeur oblongue perpendiculaire à la colonne vertébrale, et qui siège un peu au-dessus du milieu de la ligne xiphoido-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 anévrysme 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, pro-

venant 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.

venant 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. Kuster 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 (1).

8. — 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 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

en bilirubine, mais en urobiline. L'urobilinurie n'a de valeur que lorsqu'elle est habituelle ou constante; elle peut se rencontrer d'une façon transitoire dans les maladies aiguës (grippe, rhumatisme, pneumonie) où il y a destruction active de globules rouges et congestion hépatique.

Il est un autre moyen d'apprécier l'état des cellules hépatiques, c'est la recherche de la *glycosurie alimentaire*. Si l'on donne à un homme sain 120 à 150 gr. de sirop de sucre, on n'observe pas de glycosurie; mais si on répète l'expérience chez des individus atteints d'affection hépatique, le sucre pourra passer dans l'urine. C'est ce qu'on observe dans les cas où existe un trouble de la circulation porte, par exemple dans la cirrhose atrophique: le sucre ingéré se déverse directement dans la circulation générale, évitant ainsi d'être arrêté et transformé par le foie. C'est ce qu'on observe également dans les affections destructives de cette glande (cirrhose par rétention biliaire, stéatose diffuse, etc.). Dans l'ictère grave primitif, M. Bouchard a observé le même symptôme et a pu suivre ainsi jour par jour, la destruction, puis la restauration des cellules hépatiques.

La glycosurie alimentaire a une grande importance pronostique. M. G. H. Roger a établi qu'un foie qui est incapable de fixer le sucre est également incapable d'arrêter et de transformer les nombreux poisons que lui amène la veine porte (poisons des fermentations intestinales, de la désassimilation, etc.). Aussi trouve-t-on dans ces cas une notable augmentation de la toxicité urinaire, le rein venant encore suppléer le foie, ce qui permet d'affirmer une fois de plus l'étroite solidarité qui unit ces deux glandes.

(1) Malgré des 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 stéatorrhée, 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 salicylique et acide phénique; et il est aisé de constater ce dédoublement en examinant les urines. La rétention ou le défaut de sécrétion du suc pancréatique empêcheraient ce dédoublement de se produire.

L'histoire du diabète d'origine pancréatique, bien qu'appuyée sur un certain nombre de faits, n'est pas encore très claire.

dégénéré peut reproduire les contours du foie. Frerichs l'a montré par une excellente observation, avec figure à l'appui ; plus récemment, Müller a relaté un cas où le diagnostic avait été *foie flottant* et où à l'autopsie on trouva une dégénérescence de l'épiploon. 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.

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

Les affections des *ganglions mésentériques* ne sont jamais des affections indépendantes. Le diagnostic n'en 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-caséuse, 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*, il est moins rare de les trouver affectés indépendamment des autres organes ; on connaît par exemple le cancer primitif de ces ganglions. 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 petit 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 anévrysme de l'aorte.

10. — Examen du péritoine.

L'examen du péritoine n'exige point de méthodes spéciales d'exploration. On se sert toujours de l'inspection, de la palpation, de la percussion et de l'auscultation. Aussi nous semble-t-il préférable d'envisager l'ensemble des signes physiques fournis par chacune des lésions du péritoine.

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, enfin par Desprès et Corrigan ; on les désigne parfois sous le nom de *bruits de Bright*.

Les points où on les constate sont en rapport avec le siège de la phlegmasie. On les perçoit assez fréquemment sur le revêtement séreux du foie et de la rate. Ils ne sont pas très rares au niveau des tumeurs utérines ou ovariennes. Ils peuvent encore se produire au niveau des anses intestinales ; Gerhardt dit les avoir observés dans la pérityphlite.

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 pour du frottement péricardique. 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*. Dans la péritonite, il se produit ordinairement dès le début entre les anses intestinales des adhérences qui empêchent la libre locomotion de l'exsudat liquide. Seule la péritonite chronique séreuse fait exception ; cette affection n'a été bien étudiée que dans ces derniers temps ; auparavant on la confondait habituellement avec l'ascite.

Les signes physiques de l'ascite varient 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 du 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. 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 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. 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.

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. Entre les lignes axillaire et scapulaire 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 dehors.

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 essaye, 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 le 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 des 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 ovariens*; dans ces cas, des erreurs ont été commises même par des gynécologues 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.

2. — Dans l'ascite, l'*ombilic* est effacé ou saillant; dans les kystes ovariens, 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 ovariens, la fluctuation est strictement limitée à la zone de matité.

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

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 (1).

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

6. — 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 kyste ovarique, au contraire, la matrice souffre dans sa mobilité, elle est en rétroflexion et surélevée (2).

c) — *Épanchement gazeux libre intrapéritonéal. Pneumopéritoine.*

Lorsque la cavité péritonéale contient des gaz en liberté, le phénomène se trahit à l'*inspection* par une très forte distension de l'abdomen, *météorisme péritonéal*. La plupart du temps, on constate en même temps une dyspnée notable à cause du refoulement, vers les parties supérieures, du diaphragme et des viscères thoraciques.

À 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.

(1) 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.

(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 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 Laënnec 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, s'il survient de l'œdème des membres inférieurs, cet œdème est 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.).

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 29.)

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 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 tous 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.

À 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*. Schudnewsky 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. Hydropneumopéritoine.*

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.

En secouant les malades, on entend des *bruits de glouglou* qui reproduisent exactement les bruits de succussion perçus dans la cavité pleurale en cas de pyopneumothorax. Ces sortes de bruits se développent cependant aussi en cas de kystes à échinocoques et de kystes ovariens, 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.

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 s'assurer s'il n'existait pas auparavant de symptômes d'affections ulcéreuses de l'estomac ou de l'intestin.

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. On a d'ailleurs donné à cette lésion le nom de pseudo-pyopneumothorax ou pyopneumothorax sous-diaphragmatique (Leyden). 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. Enfin, lorsque le pus, évacué par la ponction, a une odeur fécaloïde, on peut presque affirmer qu'il s'agit d'un pneumothorax sous-diaphragmatique.

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, souvent fluctuante. L'inspection demeure négative ou montre une voussure de la région intéressée. La percussion donne un son mat ou 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 essentiellement sur l'existence préalable d'affections intra-abdominales. Un signe caractéristique est la cessation brusque et nette, à la limite de la matité, du bruit respiratoire du poumon. Si l'on a recours à une ponction exploratrice, il faut faire pénétrer la canule très profondément avant d'atteindre le pus (1).

11. — Examen des matières vomies.

On sait que les aliments subissent, surtout sous l'influence de la digestion, des modifications chimiques. Aussi comprend-on que les troubles de

(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).

la digestion stomacale ne puissent guère être diagnostiqués autrement que par l'examen chimique du contenu stomacal et même du contenu de l'intestin. Mais nous devons abandonner cette étude aux ouvrages qui traitent de la chimie physiologique (1).

L'examen physique des matières rejetées par le vomissement est souvent d'un très grand secours pour le diagnostic. Cet examen physique comporte un examen microscopique et un examen macroscopique.

A. — EXAMEN MICROSCOPIQUE DES MATIÈRES VOMIES

Les éléments microscopiques des vomissements sont essentiellement variables. D'habitude ils sont constitués en majeure partie d'aliments; il est

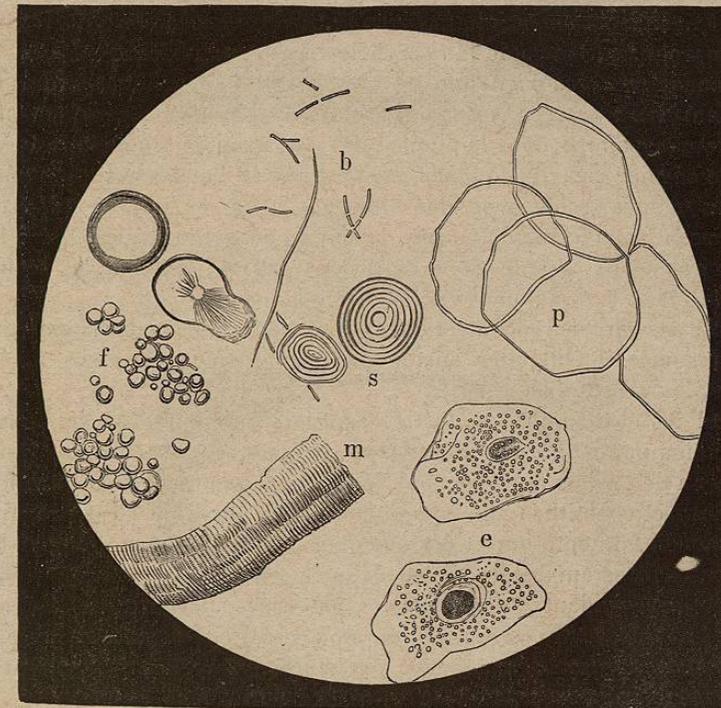


FIG. 185. — Éléments que l'on rencontre le plus fréquemment dans les matières vomies.

m, fibres musculaires. — e, épithélium buccal. — p, cellules végétales. — b, bactéries et filaments de lepto-thrix. — f, gouttelettes graisseuses provenant de lait avec des cristaux gras. — s, granulations amylicées. Gross, 275 diamètres. (Obs. personnelle.)

donc tout à fait inutile d'insister sur toutes les éventualités possibles. Si l'on est familiarisé avec l'examen microscopique des éléments des tissus végétaux

(1) Voyez à la fin du chapitre : Examen de l'estomac, la note que nous avons ajoutée sur ce point.