

Diagnostic des tumeurs de l'abdomen

Méthode d'examen, diagnostic différentiel.

§ 57. — L'examen des tumeurs de la cavité abdominale, comme de celles des autres parties du corps, a un double but de diagnostic : *il doit nous faire connaître l'organe qui a été le point de départ de la tumeur, et nous permettre d'établir la classification histologique et clinique du néoplasme ainsi localisé.*

Le diagnostic du siège du néoplasme est, précisément dans la cavité abdominale, très souvent difficile, parfois même impossible, surtout lorsque la tumeur a acquis des dimensions considérables ; elle remplit alors, en effet, l'abdomen d'une façon si régulière que même les plus habiles chirurgiens commettent des erreurs. L'histoire de l'ovariotomie en fournit les exemples les plus frappants. Quant à la nature de la tumeur, à part les cas où l'on peut avoir recours au trocart explorateur, elle ne saurait, le plus souvent, être reconnue qu'avec plus ou moins de probabilité, grâce à l'expérience acquise en pathologie. Au point de vue pratique, la solution de ces questions est facilitée par le fait que les tumeurs accessibles au traitement chirurgical sont habituellement des kystes, tandis que les tumeurs solides intra-péritonéales sont en grande partie au-dessus des ressources de l'art.

On commence l'examen du malade par l'**inspection**, la **percussion** et l'**auscultation**, ainsi que la **palpation** des parois abdominales.

Dans ce but, il est nécessaire de placer le malade dans une position qui produise un relâchement des parois abdominales. Le décubitus dorsal avec la partie supérieure du corps un peu relevée et les cuisses légèrement fléchies, est la position qui convient le mieux dans la plupart des cas ; cependant on a quelquefois des motifs de préférer le décubitus latéral ou la position gèno-pectorale. Chez certaines personnes, il n'est pas possible d'obtenir un relâchement durable des parois abdominales, ce qui provient quelquefois de ce que le malade soulève la tête au lieu de l'appuyer sur l'oreiller, tandis que dans d'autres cas la cause doit en être cherchée dans une grande irritabilité des muscles ou dans la maladresse du médecin. Parfois on obtient le résultat désiré en faisant respirer le malade par la bouche. Dans tous les cas douteux, on fera bien d'avoir recours à l'anesthésie chloroformique. Grâce à cette dernière, on voit disparaître certaines **fausses tumeurs** que l'on observe principalement chez les femmes hystériques. Chez les personnes à parois abdominales flasques, on voit parfois se produire, à la suite d'une tension locale des muscles, des saillies qui simulent tout à fait des tumeurs de l'abdomen et disparaissent dès que les parois sont complètement relâchées. De même, on peut voir une **tympanite générale** distendre les parois abdominales d'une façon si régulière, qu'elle a déjà donné lieu à des erreurs de dia-

gnostic, et que des chirurgiens ont même opéré dans ces conditions, croyant avoir affaire à une tumeur de l'ovaire. Dans l'un et l'autre cas, la percussion fait entendre un son tympanique ; en outre la chloroformisation met fin à la tension des muscles, et l'on peut alors souvent par la palpation reconnaître les anses intestinales remplies de gaz. Nous devons mentionner ici également la tumeur que forme la vessie distendue s'élevant jusqu'au-dessus de l'ombilic, tumeur qui a été déjà prise assez souvent pour de l'ascite, surtout chez les hommes atteints de rétention d'urine avec miction par regorgement (*ischuria paradoxa*). L'introduction d'une sonde dans la vessie, ce qu'on ne doit négliger de faire dans aucun diagnostic important de tumeur abdominale, permettra d'éliminer rapidement cette cause d'erreur. Un fort embonpoint peut également faire soupçonner une tumeur, et, d'autre part, il rend, en général, extrêmement difficile l'exploration de l'abdomen.

A l'**inspection** on portera son attention sur l'augmentation de volume et la forme du ventre. Si ce dernier est très large dans le décubitus dorsal, on songera à un épanchement libre dans la cavité péritonéale. Par contre une tumeur, tant qu'elle ne remplit pas d'une façon régulière tout l'abdomen, fait saillie sur un point quelconque des parois abdominales. Plus le malade est amaigri, plus les parois de l'abdomen sont flasques, et plus la tumeur fait une saillie considérable. On peut même commettre l'erreur consistant à croire que la tumeur fortement saillante appartient aux parois de l'abdomen, alors qu'elle est intra-péritonéale. L'inspection peut encore nous venir en aide dans ces cas si l'on a soin de provoquer la contraction des muscles abdominaux. Si l'on fait faire au malade un mouvement subit d'expiration, par exemple en l'engageant à souffler dans la main, les tumeurs développées dans les parois abdominales exécuteront un mouvement dans le sens de la contraction musculaire, c'est-à-dire que le muscle en se contractant leur communiquera un mouvement brusque de propulsion ; par contre, dans les mêmes circonstances, une tumeur intra-péritonéale serait refoulée dans l'intérieur de l'abdomen.

L'inspection a d'ailleurs aussi de l'importance pour la localisation des tumeurs intra-péritonéales, grâce aux renseignements qu'elle nous donne sur leur situation et leur forme, autant qu'on peut les apprécier à travers les parois abdominales. Elle nous permet surtout de reconnaître les mouvements dont ces tumeurs sont animées. De même qu'une tumeur fixée à l'appareil musculaire des parois abdominales exécute des mouvements dès que ces muscles entrent en contraction, de même les néoplasmes situés sur la cloison de séparation des cavités thoracique et abdominale (diaphragme) suivront les mouvements de cette membrane musculaire. Les tumeurs siégeant sur le foie, la rate et, par conséquent, en rapport indirectement avec le diaphragme, exécutent les mouvements qui sont communiqués à ces organes par le muscle en question, c'est-à-dire

qu'elles s'abaissent dans l'inspiration et s'élèvent dans l'expiration. Ces mêmes mouvements peuvent s'observer, d'ailleurs, lorsqu'une tumeur quelconque née dans une autre partie de la cavité abdominale, arrive en contact avec ces organes ou contracte avec eux des adhérences. Cette mobilité cesse, il est vrai, dès que la tumeur a acquis un volume si considérable qu'elle remplit complètement l'abdomen, et que tout déplacement devient ainsi impossible. Mais si l'on fait abstraction de ces cas, le symptôme en question est caractéristique, et il permet d'éliminer les tumeurs des reins et des ovaires. Enfin nous avons à mentionner encore les mouvements que l'on observe dans les cas de tympanisme abdominal dû à une sténose de l'intestin. Lorsque les parois de l'abdomen sont minces, on aperçoit alors les mouvements vermiculaires péristaltiques des anses intestinales, dont les contours se dessinent à travers les téguments.

Nous avons déjà fait remarquer plus haut l'importance des renseignements fournis par l'ouïe à l'aide de la **percussion**. Ce n'est que par ce moyen d'exploration que l'on pourra reconnaître si la tumeur a un contenu gazeux, ou si elle est recouverte par un corps rempli de gaz. Mais l'**auscultation** a aussi son importance en ce qu'elle permet de faire le diagnostic différentiel entre une grossesse et un néoplasme abdominal. L'auscultation des tumeurs de l'abdomen fait entendre également différents bruits, tels que ceux qui proviennent des vaisseaux, ainsi que des bruits de frottement; ces derniers se perçoivent également à la palpation et se produisent ordinairement lorsque des surfaces inégales, rugueuses, altérées par l'inflammation, se déplacent l'une contre l'autre. Ces bruits de frottement sont les seuls qui aient pu être jusqu'ici utilisés pour le diagnostic, en ce sens qu'ils révèlent l'apparition de processus inflammatoires au niveau de la tumeur.

§ 58. — **La palpation** de l'abdomen exige toute une étude pratique. On applique d'abord largement, soit une seule main, soit les deux mains sur les parois abdominales. Autant que possible on évitera de fléchir les extrémités des doigts dont la pression cause facilement de la douleur; sans cette précaution il se produit aussitôt une tension des muscles de l'abdomen, qui oblige de renoncer à ce mode d'exploration. Avec la partie antérieure de la main et les doigts étendus on exerce peu à peu une pression régulière et l'on arrive ainsi jusque sur la tumeur; on cherche alors à déterminer si cette dernière est mobile ou fixée, si elle est adhérente aux parois abdominales, si les téguments peuvent être déplacés au devant de la tumeur, s'il existe un pédicule ou, au contraire, une large base d'insertion, enfin si la tumeur est soudée avec l'un ou l'autre des organes de la cavité abdominale. En même temps la palpation permet de constater certains caractères physiques de la tumeur, son élasticité, sa consistance dure ou molle ainsi que la fluctuation ou le symptôme du flot. Lorsqu'une tumeur présente ces deux phénomènes, la fluctuation et

l'ondulation, on peut aussitôt décider s'il s'agit d'une accumulation de liquide dans la cavité péritonéale elle-même, ou d'une poche remplie de liquide et occupant cette même cavité. Ce n'est que dans les cas de tumeurs très volumineuses que le chirurgien peut se trouver dans un certain embarras. Lorsqu'il s'agit de kystes d'un petit volume, on voit et l'on sent la tumeur isolée, et l'on constate les mouvements d'ondulation seulement dans une région déterminée de l'abdomen. Dans l'ascite le ventre tend plutôt à s'étaler, et c'est alors sur les parties latérales que le signe de l'ondulation est le plus marqué, tandis que la percussion y révèle de la matité. Aussi longtemps que la cavité abdominale n'est pas distendue par le liquide, les anses intestinales surnagent et la percussion donne alors à la surface un son tympanique. Ces phénomènes varient, du reste, dans les changements de position du malade (voir § 33).

Les kystes, par contre, ne présentent les phénomènes signalés plus haut que dans les points où la tumeur arrive en contact avec la paroi abdominale. Les kystes des reins forment des tumeurs siégeant latéralement sous les parois abdominales, tandis que les kystes ovariens s'accroissent du côté de la paroi antérieure de l'abdomen. C'est dans ces points que l'on voit l'abdomen se dilater, que l'on sent une tumeur à la palpation, et que l'on constate le phénomène de l'ondulation et la matité. Ainsi dans les kystes de l'ovaire, contrairement à ce que l'on observe dans l'ascite, c'est au niveau de la paroi antérieure de l'abdomen que la matité est le plus marquée, et c'est aussi dans cette région que l'on peut provoquer les mouvements de flot ou d'ondulation; rarement la présence d'une anse intestinale donne ici un son tympanique à la percussion. Par contre les parties latérales et postérieures de l'abdomen sont libres; on n'y constate pas le phénomène de l'ondulation, et la percussion donne un son tympanique. C'est ce dernier signe qui fournira encore la meilleure base au diagnostic dans les cas où l'examen de la tumeur est difficile à cause de son volume considérable. Toutefois on devra bien prendre en considération les causes d'erreur résultant d'adhérences anormales de l'intestin avec certains points des parois abdominales. Il est clair qu'un diagnostic sûr est impossible dans les cas où il existe à la fois un kyste et une ascite.

La localisation et le diagnostic clinique et histologique des petites tumeurs accessibles à la palpation à travers les parois abdominales, ne sont naturellement possibles qu'avec un plus ou moins haut degré de probabilité. Les tumeurs de ce genre, lorsqu'elles siègent sous les parois de l'abdomen et sont mobiles, appartiennent à l'épiploon, à l'estomac, à l'intestin, à l'utérus, aux ovaires, en un mot aux organes qui ne sont pas éloignés de la surface. Cependant on devra songer à la possibilité d'un déplacement de certains organes. C'est tout particulièrement dans les cas de tumeurs mobiles siégeant à droite que l'on devra prendre en considération le diagnostic de rein flottant. Ces tumeurs mobiles pré-