

sentent parfois certains phénomènes particuliers dus à une ascite concomitante: les polypes intra-péritonéaux de l'utérus, les tumeurs de l'épiploon peuvent alors, en effet, nager dans la cavité abdominale et offrir le symptôme du **ballotement**. Toutes les fois que l'on se trouvera en présence de petites tumeurs dures, on devra se rappeler qu'elles peuvent consister dans des **masses fécales durcies** de l'intestin. Les **tumeurs stercorales** se présentent assez souvent sous la forme d'une série de nodosités, dont on peut facilement modifier la forme par une pression modérée; on peut en quelque sorte les pétrir comme de l'argile à travers les parois abdominales. Dans bien des cas la palpation à l'aide des deux mains permet de poser plus sûrement le diagnostic. Il en est ainsi aussi bien des tumeurs siégeant au niveau de la paroi antérieure de l'abdomen que de celles qui occupent les parties latérales. Parfois on réussit à palper ces dernières d'une seule main dont on place le pouce en arrière sous le rebord des côtes et les autres doigts en avant; ou bien on applique les doigts d'une main sur la paroi antéro-latérale et ceux de l'autre main sur la paroi postéro-latérale de l'abdomen, et l'on exerce des pressions tendant à rapprocher les deux mains l'une de l'autre.

§ 59. — L'exploration avec la main entière ou avec une partie de la main ne se borne pas aux parois externes de l'abdomen; on peut l'étendre également à la portion inférieure de la cavité péritonéale par l'intermédiaire des conduits qui dans cette région s'ouvrent à l'extérieur, à savoir le rectum et le vagin. Le **toucher vaginal** avec un ou deux doigts est ici de la plus grande importance, car il nous permet de constater les rapports de la tumeur abdominale avec les organes du bassin, l'utérus, l'ovaire, de reconnaître l'organe qui en a été le point de départ, de nous assurer si la tumeur est unie à ces organes par un étroit pédicule ou une large base d'implantation, enfin de nous rendre compte de la position de l'utérus dans le bassin. L'examen isolé par le vagin et le rectum donne déjà de fort bons résultats, mais on obtient des renseignements encore plus complets en combinant le toucher vaginal ou rectal avec l'exploration externe à l'aide de l'autre main appliquée sur les parois abdominales. En imprimant des mouvements aux parties situées entre les deux mains, on acquiert des notions bien plus précises sur le point de départ de la tumeur, ses relations, etc. Le toucher vaginal et rectal combiné, un doigt étant introduit dans le rectum et un ou deux doigts de la même main dans le vagin, donne parfois également de précieux renseignements.

Dans ces derniers temps on a appris à introduire la main en quelque sorte au milieu de la cavité abdominale, et à explorer les organes et les tumeurs qui y sont contenues, de façon à obtenir des notions exactes sur les rapports de ces parties entre elles, sur le point de départ, les adhérences de la tumeur etc. C'est à SIMON que nous devons d'avoir érigé en

méthode ce mode d'exploration; c'est lui qui nous a appris à le mettre en pratique par l'introduction de la moitié de la main ou de la main tout entière dans le rectum.

Avant d'entreprendre l'**exploration par la méthode de Simon**, il faut avoir soin de relâcher le sphincter anal par la chloroformisation poussée jusqu'à la résolution musculaire. On réussit alors à introduire dans le rectum, chez les enfants, au moins deux doigts bien huilés, et chez les adultes d'abord les doigts, puis peu à peu toute la main fortement huilée, pourvu qu'elle ne soit pas trop volumineuse. Des mains ayant jusqu'à 25 centim. de circonférence peuvent être encore utilisées pour ce procédé d'exploration chez la plupart des malades. Le patient est placé dans le décubitus dorsal ou dans la position de la taille, les cuisses fléchies et ramenées contre l'abdomen. C'est le sphincter qui offre le plus de résistance, à moins que, ainsi qu'on l'observe parfois chez l'homme, le détroit inférieur du bassin soit trop étroit pour permettre l'introduction de la main. Lorsque, par des mouvements lents de rotation de la main, on ne réussit pas à vaincre la résistance du sphincter, on peut, à l'aide d'un bistouri boutonné, débrider en plusieurs points le rebord cutané fortement tendu, ou même sectionner le sphincter, lorsqu'il est très résistant, par une incision pratiquée le long du raphé postérieur. Une fois le sphincter franchi, la main trouve un espace suffisant dans les deux tiers inférieurs du rectum.

Cette partie du rectum a une circonférence de 25 à 30 centim., et s'étend en haut jusqu'au point où le péritoine entoure cet intestin en avant et sur les côtés, et le fixe au sacrum (c.-à-d. à une hauteur de 12 à 13 centim.). A son tiers supérieur le rectum se rétrécit jusqu'à n'avoir plus que 16 à 18 centim. de circonférence; quant à l'S du colon, il a la même capacité que cette portion du rectum. Lors de l'introduction de la main, la partie rétrécie de l'intestin se coude volontiers sur la partie inférieure dilatée, et l'on est obligé d'aller à la recherche de la fente étroite due à cette coudure, afin de pouvoir introduire encore les quatre doigts dans le tiers supérieur du rectum et dans l'S du colon. Ce dernier possède une assez grande mobilité grâce à son mésentère, et il permet ainsi à la main de se mouvoir librement jusqu'à l'ombilic et même au-dessus de ce dernier, et d'atteindre l'extrémité supérieure des reins, les tumeurs du bord libre du foie, etc.

Si l'on ne peut pénétrer avec toute la main dans cette portion de l'intestin, ce n'est pas seulement à cause de son étroitesse, mais aussi parce qu'on court le danger de déchirer les replis du péritoine qui entourent l'intestin en forme d'anses (lig. recto-utérins, recto-vésicaux) et limitent l'entrée de la cavité de Douglas, et de rompre par le fait les vaisseaux contenus dans ces replis.

La partie moyenne du rectum offre, du reste, une capacité variable suivant les individus, et ces différences individuelles dues à des causes anatomiques et pathologiques, s'observent également en ce qui concerne le mode de fixation de cette portion de l'intestin par les replis du péritoine. Il importe, par conséquent, de faire la part de ces différences, et de se contenter, dans le cas où l'on

ne peut introduire facilement les quatre doigts dans le tiers supérieur du rectum et l'S du colon, d'explorer le bassin et ses organes, ainsi que les parties inférieures de l'abdomen en arrière de la symphyse.

*L'exploration par la méthode de SIMON ne doit être pratiquée que sur certaines indications spéciales, c'est-à-dire qu'elle doit être réservée aux cas où elle est absolument nécessaire pour le diagnostic, et à ceux dans lesquels elle est chargée de nous renseigner sur l'étendue des adhérences et sur la possibilité d'une opération.* Ajoutons toutefois que l'emploi raisonnable de cette méthode d'examen n'entraîne pas d'inconvénients durables. On a mis à sa charge quelques cas de mort subite, mais aucun d'eux n'a été observé en Allemagne. L'introduction de la main dans le rectum, que l'on ait pratiqué ou non des débridements de la peau, n'entraîne pas de trouble fonctionnel notable du sphincter; par contre l'incision du raphé est suivie d'une incontinence des matières fécales d'une durée de 8 à 12 jours. D'autre part, cette méthode d'exploration ne donne aucun résultat lorsque la tumeur remplit la cavité pelvienne d'une façon si complète qu'il est impossible de la contourner avec la main introduite dans le rectum.

§ 60. — Avec tous les moyens d'exploration indiqués jusqu'ici on parviendra, sans doute, dans la plupart des cas à faire le diagnostic topographique de la tumeur, et souvent aussi on pourra reconnaître d'une façon certaine s'il s'agit d'un kyste ou d'une tumeur solide. Mais supposons que nous ayons diagnostiqué une tumeur kystique; nous ne pourrions le plus souvent pas nous assurer directement de la nature du kyste (échinocoque, hydronéphrose); nous devons avoir recours aux anamnestiques, et assez souvent, lorsque ces derniers manquent de précision, nous serons obligés de laisser le diagnostic en suspens. Même avec tous les moyens d'exploration mentionnés plus haut il n'est pas toujours possible de localiser la tumeur; parfois l'examen le mieux fait ne permet pas de reconnaître l'organe qui en a été le point de départ, ni de nous faire une idée de l'importance clinique du néoplasme.

Dans ces cas la **ponction exploratrice** devient indispensable pour le diagnostic des tumeurs abdominales. Avec les précautions indiquées plus haut on enfonce un fin trocart dans la tumeur. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur solide, on peut au moyen de l'akidopéirastique, extraire par la canule du trocart de petits fragments de tumeur que l'on examinera au microscope. A-t-on affaire à un kyste, on retirera par le trocart une partie du liquide, ou bien on videra complètement la cavité kystique suivant les circonstances. Si le liquide est épais et s'écoule mal par l'étroite canule, on peut avoir recours à un appareil d'aspiration (DIEULAFROY ou POTAIN). Avec ce dernier on réussit aussi facilement à aspirer de petits fragments mous de la tumeur. Le liquide une fois évacué, on sera le plus souvent en état d'explorer l'abdomen et son contenu, et de poser un diag-

nostic exact. *Mais avant tout c'est l'examen physico-chimique et microscopique du liquide évacué qui nous donne les résultats les plus importants.* Ce que nous lui demandons surtout, c'est de nous renseigner sur la provenance du liquide, c'est de nous faire savoir s'il s'agit d'un liquide ascitique ou du contenu d'un kyste à échinocoques, d'un kyste de l'ovaire ou d'une hydronéphrose, ou enfin d'une tumeur de l'utérus.

Le **liquide de l'ascite** est le plus souvent clair comme de l'eau, et a un poids spécifique de 1010 à 1015; il ne contient pas de grandes quantités d'albumine. Ce liquide laissé au repos en contact avec l'air, a la propriété de fournir spontanément un caillot fibrineux ayant l'aspect de la gélatine. Mais le diagnostic est incertain lorsqu'il s'agit d'épanchements chroniques d'origine inflammatoire, car ici l'exsudat est trouble, contient un plus grand nombre de corpuscules du pus et quelques cellules épithéliales pavimenteuses; son poids spécifique est plus élevé et il peut renfermer également d'autres substances albumineuses (paralbumine etc.) en petite quantité. Ce liquide ascitique peut donc ressembler beaucoup au contenu d'un kyste, et surtout à celui d'un kyste à échinocoques devenu le siège d'un état inflammatoire. Le **liquide des kystes à échinocoques**, aussi longtemps que le parasite vit et que les parois du sac ne présentent pas de phénomènes d'inflammation, est parfaitement clair comme de l'eau, a un faible poids spécifique (1003-1010) et ne contient point d'albumine. Par contre il renferme une quantité relativement grande de **chlorure de sodium** et des **succinates**, ces derniers le plus souvent en faible proportion, enfin aussi de la leucine, de la tyrosine et de l'inosite. Il ne faut pas s'attendre à trouver toujours, dans le liquide, des **scolex** et des **crochets**, et, aussi longtemps que le parasite est intact, il est encore plus rare d'y rencontrer des lambeaux de membrane. Lorsque la paroi du kyste s'enflamme, ce qui arrive souvent spontanément ou à la suite de ponctions, de contusions, etc., le liquide se trouble, devient albumineux; celui que l'on retire par la ponction ne contient pas d'abord de corpuscules du pus, parce que ces derniers se déposent au fond du kyste et ne sont pas évacués par le trocart. On peut alors y trouver des scolex et des crochets, mais souvent on n'en rencontre aucun, car avec les progrès de l'inflammation le contenu devient de plus en plus purulent, et il semble que les scolex et les crochets soient rapidement détruits dans un kyste ainsi dégénéré. Pour ma part je n'ai pas réussi à constater leur présence dans de semblables conditions.

Le contenu des **kystes de l'ovaire** a un poids spécifique de 1010 à 1024, mais qui peut descendre à 1003 et s'élever à 1033 (OLSHAUSEN). Il est tantôt aqueux, jaune clair, tantôt filant, visqueux, colloïde, d'un jaune verdâtre ou brun, et dans ce dernier cas il est aussi le plus souvent trouble et épais. A l'analyse chimique on constate dans le liquide de la mucine (substance colloïde, muco-peptone) et de l'albumine. Une substance qui paraît être caractéristique pour le liquide des kystes de l'ovaire et qui permet de le distinguer du liquide de l'ascite, c'est la **paralbumine**. (WALDEYER)<sup>1</sup>. En outre, dans le contenu

1. La paralbumine ne précipite pas par l'acide acétique, sinon à chaud, et se coagule alors entièrement. Elle précipite de sa solution acétique par le ferrocyanure de potassium et non par le sulfate de magnésie en excès (GAUTIER, *chimie appliquée*).

(Note du trad.)