

des kystes ovariens le microscope révèle souvent l'existence d'éléments bien caractéristiques, tels que des cellules épithéliales cylindriques et des débris de ces dernières, des cellules gonflées par de la substance colloïde, des globules inflammatoires et très souvent des cristaux de cholestérine (SPIEGELBERG). — Le liquide provenant d'une **hydronéphrose** a un poids spécifique de 1010 à 1020 et davantage. Il peut être clair comme de l'eau, ou se troubler dans la suite par des mélanges de mucus ou de pus. Aussi le trouve-t-on parfois dépourvu d'albumine et riche en urates; par contre dans d'autres cas les sels font défaut, tandis que l'albumine et la mucine s'y trouvent en qualité variable; on y rencontre aussi quelquefois de la paralbumine (SCHETELIG). Enfin dans quelques cas le liquide contient des cellules épithéliales du bassin.

Nous avons encore à mentionner quelques autres tumeurs kystiques: tels sont les **cystofibromes de l'utérus** qui, d'après ATLEE, contiennent un liquide jaunâtre, d'un poids spécifique de 1020, dont la plus grande partie se coagule aussitôt à l'air spontanément. On observe aussi quelquefois des kystes du ligament large, de la trompe; les premiers seraient caractérisés, suivant ATLEE par le faible poids spécifique (1004 à 1009) de leur contenu et le plus souvent par l'absence d'albumine. Enfin il existe des kystes dont l'origine est encore obscure. Quelques uns de ces derniers sont dus, sans doute, à des altérations régressives qui se produisent dans un kyste à échinocoques, tandis que d'autres ont évidemment une origine inflammatoire et constituent une sorte de processus curateur dans les épanchements enkystés du péritoine; enfin il en est qui succèdent à un épanchement sanguin. Leur contenu est naturellement variable. Dans un kyste qui s'était développé de la convexité du rein droit et avait refoulé en bas cet organe, j'ai trouvé un liquide brunâtre un peu épais, contenant de la cholestérine (1, 3 0/0), de l'albumine (6, 2 0/0) et des cendres (0, 58 0/0). Au microscope j'y ai constaté des cristaux de cholestérine et beaucoup de détrit.

L'examen chimico-physique et microscopique du contenu du kyste est, comme nous venons de le voir, très précieux dans un grand nombre de cas. Dans d'autres, par contre, cet examen est de peu d'utilité ou ne donne même aucun résultat. D'autre part, la ponction exploratrice n'est pas toujours aussi inoffensive qu'on l'admettait autrefois. Elle entraîne toute une série de dangers. Nous faisons ici abstraction d'un danger qu'il est toujours possible d'éviter, et qui est la conséquence de la ponction avec un instrument infecté; mais nous devons, par contre, attirer l'attention sur un certain nombre d'inconvénients qui, une fois le trocart retiré, peuvent résulter de l'écoulement du contenu du kyste dans la cavité abdominale à travers l'orifice de ponction. C'est ainsi qu'il m'est arrivé de produire un semis d'échinocoques dans la cavité péritonéale à la suite de la ponction d'un kyste hydatique. D'autre part, il est parfaitement prouvé que le contenu phlogogène d'une tumeur peut provoquer des symptômes de péritonite aiguë à terminaison fatale ou d'une péritonite à marche lente entraînant la formation d'adhérences. C'est pourquoi la ponction, du moins pour les chirurgiens rompus à l'antisepsie, a été de plus en plus remplacée par l'**incision exploratrice**, laquelle, suivant

les circonstances, est suivie aussitôt de l'opération proprement dite. Je ne sache pas que dans ces dernières années j'aie jamais fait une ponction exploratrice sans inciser préalablement la paroi abdominale. On fait donc une incision d'une longueur suffisante pour pouvoir introduire la moitié de la main ou la main tout entière dans la cavité péritonéale. Si l'on juge que la tumeur est opérable, on agrandit aussitôt l'incision et l'on procède à l'opération; si, au contraire, d'après le point de départ du néoplasme, on trouve que l'extirpation est impossible, si des adhérences ou d'autres conditions anatomiques permettent de conclure que l'opération est très dangereuse, sans que le danger soit compensé par quelques chances de succès, on renoncera à toute nouvelle tentative, et l'on fermera la plaie par des points de suture.

§ 61. — Nous dépasserions les limites que nous nous sommes imposées si nous voulions insister encore davantage sur le diagnostic différentiel spécial des différentes tumeurs de l'abdomen. En suivant la méthode d'exploration que nous venons d'exposer, le médecin parviendra dans la plupart des cas à poser le diagnostic pour autant que ce dernier est possible. Nous renvoyons, du reste, le lecteur à la description des différentes tumeurs abdominales et aux remarques nombreuses concernant le diagnostic spécial de chacune d'elles (voir § 54). Pour deux organes seulement, à savoir les reins et les ovaires, nous insisterons sur les points les plus importants relatifs au diagnostic, à cause des difficultés auxquelles on se heurte bien souvent dans l'examen des tumeurs dont ils peuvent être le point de départ. Nous nous en tiendrons essentiellement aux points de repère indiqués par SPENCER WELLS, tout en faisant remarquer que, de nos jours, ces tumeurs sont bien plus faciles à reconnaître, depuis que la méthode d'exploration de SIMON est venue nous fournir un puissant moyen de diagnostic.

Assez souvent les phénomènes concomitants constituent de bons points de repère pour le diagnostic de ces tumeurs. Les troubles de la miction, l'albuminurie, l'écoulement temporaire en masse d'une urine qui ne renferme aucun des éléments du contenu des kystes ovariens, la présence de sang et de pus dans l'urine, l'existence antérieure de douleurs rénales etc., tels sont les symptômes qui parlent en faveur d'une tumeur du rein, tandis qu'on soupçonnera un kyste de l'ovaire en présence de troubles de la menstruation, de la chlorose, des symptômes parfois observés de compression des organes du bassin. La direction de l'accroissement de la tumeur, soit que le médecin ait pu le suivre lui-même, soit que le malade ait fait des observations à ce sujet, est également d'une grande importance pour le diagnostic. Les tumeurs rénales se développent de la région lombaire vers la ligne médiane et de haut en bas, tandis que celles de l'ovaire s'accroissent de bas en haut. La manière dont se comportent les intestins est aussi caractéristique. Il est tout à fait exceptionnel de constater la présence d'anses intestinales au devant

d'une tumeur de l'ovaire, tandis que ces dernières recouvrent toujours une tumeur rénale encore peu volumineuse. Mais avant tout la tumeur du rein, dès qu'elle apparaît dans la région lombaire, offre des relations caractéristiques avec certaines parties de l'intestin qui viennent s'appliquer solidement sur sa face antérieure et se souder en quelque sorte avec elle. Les tumeurs volumineuses du rein droit refoulent à gauche le côlon ascendant et le cœcum qui viennent se placer à leur côté interne. Les tumeurs du rein gauche sont en relation en avant avec le côlon descendant. Lorsque ces portions d'intestin sont remplies de gaz, il est facile de constater leur présence. Si ce n'est pas le cas, et que l'on sente au devant de la tumeur un corps large de forme rubanée, on pourra remplir l'intestin de gaz ou de liquide au moyen d'un long tube introduit jusqu'à l'iliaque. Ce moyen réussit surtout lorsque la tumeur est à gauche, mais peut également donner de bons résultats lorsqu'elle siège à droite, en facilitant la connaissance des rapports de l'intestin avec la tumeur.

Nous avons déjà discuté plus haut la question de la ponction comme moyen de diagnostic de ces tumeurs. Enfin rappelons encore une fois ici que dans les cas de tumeurs très volumineuses, d'adhérences etc., les difficultés peuvent s'accumuler au point qu'il est tout à fait impossible de poser un diagnostic sûr. Ce qui le prouve suffisamment, ce sont les tentatives d'extirpation de tumeurs rénales faites souvent, nous l'avons vu, à la suite d'erreurs de diagnostic.

IV. MALADIES CHIRURGICALES DU TUBE GASTRO-INTESTINAL

1. CORPS ÉTRANGERS DU TUBE DIGESTIF.

§ 62. — Lorsqu'un corps étranger est parvenu dans l'estomac sans avoir causé des lésions sur son passage le long de l'œsophage (voir le chapitre sur les corps étrangers du pharynx et de l'œsophage, tom. I^{er}, § 91 et suivants), deux cas peuvent se présenter : ou bien le corps étranger chemine le long du tube digestif pour apparaître finalement dans les selles, ou bien il se trouve arrêté sur un point quelconque de son trajet. Dans cette seconde alternative il peut séjourner longtemps dans l'intestin et en amener la dilatation, l'inflammation catarrhale, l'ulcération ; quelquefois aussi il perfore l'intestin qui, le plus souvent, a préalablement contracté des adhérences avec les parois abdominales ou avec un organe recouvert par le péritoine. Dans certaines conditions des abcès peuvent se former soit dans l'intérieur de l'organe vers lequel s'est faite la perforation, soit dans les parois abdominales ; dans ce dernier cas l'abcès finit

par s'ouvrir à l'extérieur, et le corps étranger est souvent éliminé au dehors avec le pus. Nous ne ferions que répéter ce que nous connaissons déjà si nous voulions énumérer les divers corps étrangers qui peuvent pénétrer dans le tube digestif et décrire leur sort ultérieur en relation avec leurs caractères physiques. Nous nous contenterons de signaler ici le fait très remarquable que des corps étrangers volumineux, tels que des fourchettes ou des lames de couteau, etc., ont pu sortir par le rectum ou être éliminés par des abcès de la région fessière, lombaire ou iliaque, ou de la paroi antérieure de l'abdomen. Mentionnons également la possibilité de la pénétration d'un corps étranger dans la vessie après soudure de cette dernière avec l'intestin.

Les points de l'intestin au niveau desquels les corps étrangers sont arrêtés de préférence, sont ceux qui présentent une forte inflexion ou un rétrécissement en forme de valvule. Telle est avant tout la **région du cœcum**. Dans cette partie de l'intestin on observe souvent aussi une accumulation d'un grand nombre de petits corps étrangers, par exemple des noyaux de cerises constituant par leur mélange avec les matières fécales une sorte de tumeur, qui peut mettre obstacle à la progression des masses stercorales situées au-dessus d'elle. Dans d'autres cas, de petits corps étrangers pénètrent dans l'appendice vermiforme et y sont le point de départ des processus inflammatoires décrits antérieurement.

Il ressort de notre exposé du traitement des corps étrangers de l'œsophage qu'en général, lorsque ces derniers sont parvenus dans l'estomac, on ne doit plus songer à tenter leur extraction par les voies naturelles. Les petits corps étrangers, tels que des pièces de monnaie, des balles, etc., cheminent facilement le long du tube intestinal, et le plus souvent arrivent au bout de quelques jours à l'extérieur sans provoquer d'accident. Il suffit de faire prendre au malade des aliments mucilagineux ou ayant la consistance d'une bouillie, destinés à envelopper le corps étranger ; on se gardera bien de provoquer par des purgatifs des mouvements péristaltiques qui seraient inutiles et dangereux. Les objets plus volumineux tels que des dentiers, des fourchettes, des lames de couteaux, etc., ne sont guère accessibles à nos instruments ; cependant on est parvenu quelquefois à retirer par la bouche des corps étrangers de ce genre à l'aide du panier de Græfe ou d'autres instruments analogues (on a souvent aussi conseillé dans ce but des instruments en forme de lithotriteurs). Par contre il est du devoir du médecin d'enlever par la pompe stomacale les substances toxiques avalées par le malade, et de pratiquer ensuite le lavage de l'estomac avec de grandes quantités d'eau.

Quelque fois, cependant, le séjour de corps étrangers volumineux dans le tube gastro-intestinal provoque des phénomènes graves, et leur extraction devient alors très désirable. Ce sont surtout les corps étrangers de l'estomac qui ont été déjà souvent l'objet de discussions, et dans un cer-