

et dans la présence de myélocytes neutrophiles ; il n'existe presque jamais d'ascite, ni de tuméfactions ganglionnaires notables (Weil et Clerc).

La rate est augmentée de volume dans la *cirrhose atrophique* et la *cirrhose hypertrophique biliaire*. On admet que, dans le premier cas, le phénomène est dû à la gêne qui existe dans la circulation porte.

INTESTIN. — Les maladies de l'intestin, capables de déterminer la production de tumeurs, sont : le cancer et les scybales.

Le *Cancer de l'intestin* ne forme une tumeur appréciable que lorsque, déjà ancien, il a, d'un côté, acquis certaines proportions, et, d'une autre part, déterminé un amaigrissement notable. En général, on trouve la tumeur dans les fosses iliaques ou l'hypogastre, car, à moins que le cancer n'occupe le duodénum, l'intestin est si mobile que, sous l'influence de la pesanteur, les tumeurs développées dans un point quelconque de son étendue descendent dans les points déclives. Cette tumeur offre à peu près les caractères des tumeurs cancéreuses de l'estomac ; elle est dure, bosselée, sensible, agitée de pulsations lorsqu'elle repose sur un gros vaisseau.

Les troubles qui l'accompagnent sont de deux ordres : — 1^o les uns sont des *troubles fonctionnels* liés à l'obstacle qu'apporte la tumeur à la libre circulation des matières : c'est une constipation opiniâtre suivie de débâcle ; souvent les selles renferment du sang pur ou rendu noirâtre par un commencement de digestion ; si le cancer siège à la partie inférieure du gros intestin et qu'il ait provoqué un rétrécissement, les matières fécales apparaissent effilées et en ruban.

2^o Les autres sont des *phénomènes de cachexie* communs à tout cancer, quel que soit son siège, mais se produisant ici d'autant plus vite qu'il s'y joint la fâcheuse influence exercée sur les digestions par l'obstacle que la tumeur apporte au cours des matières ; souvent même, le malade est emporté par une occlusion intestinale, longtemps avant que le cancer ait parcouru toute son évolution.

Le diagnostic du cancer de l'intestin s'établit donc sur quatre symptômes : — tumeur abdominale ; — constipation opiniâtre entrecoupée de débâcles ; — selles sanglantes ; — cachexie.

L'*invagination intestinale* donne lieu à une tumeur en forme de boudin allongé, très mobile ; elle s'accompagne de constipation ou de selles sanglantes.

Les *tumeurs stercorales* ou *scybales* se rencontrent surtout chez les vieillards dont l'intestin est devenu paresseux. Elles s'accumulent de préférence dans l'S iliaque et le cæcum ; on peut les reconnaître à travers les parois abdominales, car elles forment des masses tantôt très dures, tantôt friables ou pâteuses, au point de conserver l'empreinte des doigts comme le ferait de la terre glaise. Habituellement indolentes, elles peuvent n'entraîner aucun accident, ni local, ni général, à la condition de ne pas faire un séjour trop prolongé dans l'intestin, sans quoi elles déterminent les phénomènes de l'occlusion intestinale.

TYPHLITE ET PÉRITYPHLITE. — Lorsque la fosse iliaque droite devient sensible à la pression et que vous y constatez la présence d'une tumeur qui, reproduisant exactement la forme du cæcum, s'étend de la fosse iliaque jusqu'au rebord des fausses côtes, s'il existe en même temps une constipation opiniâtre¹, vous avez tous les caractères de la *typhlite*. La sensibilité est-elle très développée en ce point, il y a lieu de croire que l'inflammation, dépassant les limites de l'intestin, s'est propagée au tissu cellulaire et même au péritoine du voisinage, et dans ce cas il y a lieu de diagnostiquer une *pérityphlite*.

PÉRITOINE. — Il est assez rare que le péritoine soit le siège de tumeurs. Cependant le grand épiploon peut être envahi — par un cancer, reconnaissable à une masse aplatie, bosselée — ou par des *tubercules* ; dans ce cas, si l'on explore le ventre avec la main étendue à plat, on distingue le relief formé par les intestins englobés et durcis par les fausses membranes ; le ventre présente une dureté, une tension et une rénitence tout à fait caractéristiques. — « Le carreau » ou adénopathie mésentérique forme des tumeurs mamelonnées, peu mobiles, accolées au rachis. — Les *péritonites partielles* créent des adhérences qui peuvent circonscire des espaces où le liquide s'accumule, de manière à simuler des tumeurs fluctuantes. Ces adhérences peuvent s'établir entre les feuillettes du péritoine, l'épiploon et l'intestin, ou bien entre les anses intestinales ; celles-ci s'agglomèrent et simulent alors une tumeur siégeant au-dessous de l'ombilic.

B. Appareil génito-urinaire. — OVAIRES. — *Kystes*. — Les kystes de l'ovaire constituent des tumeurs abdominales assez

1. Parfois le malade est atteint d'une diarrhée provenant de l'inflammation de la muqueuse cæcale.

fréquentes ; ils n'appellent l'attention que lorsqu'ils ont acquis un certain volume. Le ventre se tuméfie du côté malade, le flanc s'arrondit ; plus tard seulement la dilatation devient uniforme et bilatérale : le ventre, au lieu d'être étalé comme dans l'ascite, est ovoïde. Par la palpation on peut circonscrire une tumeur arrondie, ovoïde, à surface lisse ou bosselée. La percussion donne de la *matité* dans tous les points qui lui correspondent ; généralement les intestins sont refoulés vers les régions lombaires et l'épigastre qui sont *sonores* ; et les changements de position du malade ne modifient que fort peu les limites respectives de la sonorité et de la matité (c'est l'inverse dans l'ascite).

La tumeur est *fluctuante*¹, mais moins que l'ascite ; on peut y entendre des bruits de souffle dus à la compression des gros vaisseaux. Enfin le toucher vaginal révèle l'existence d'une tumeur molle, indépendante de l'utérus et pouvant le faire basculer en divers sens.

Arrivé à un certain volume, le kyste détermine des symptômes de compression qui s'expliquent par la gêne qu'il apporte aux fonctions des organes abdominaux : ce sont des *troubles digestifs*, des œdèmes par compression de la veine cave, etc. Cependant, les malades conservent très longtemps l'aspect de la santé, et c'est même là un des meilleurs signes différentiels entre le kyste de l'ovaire et l'ascite (voy. l'article consacré à l'ascite).

UTÉRUS. — *Myomes ou corps fibreux*. — Lorsqu'ils se développent sur la surface péritonéale de l'utérus, ou lorsque, quel que soit leur point de départ, ils ont acquis de grandes dimensions, ils s'élèvent dans le ventre et, par le palper abdominal, on sent dans la région hypogastrique une ou plusieurs tumeurs bosselées, très dures et parfois énormes.

Ces tumeurs partagent tous les mouvements que l'on imprime à l'utérus² : c'est là leur caractère le plus important. Elles peuvent

1. Si la fluctuation se transmet aisément entre les deux points extrêmes de la tumeur, il y a tout lieu de croire que le kyste est uniloculaire ; sinon, cela prouve que le flot est arrêté par une cloison : ainsi on peut, en étudiant le sens suivant lequel se transmet le flot, reconnaître à peu près l'existence et la position des cloisons.

2. Ainsi qu'on peut s'en assurer en les saisissant à travers la paroi abdominale, tandis que l'autre main imprime des mouvements au col utérin.

aussi déterminer des phénomènes de compression que leur volume et leur siège expliquent parfaitement (rétention d'urine, constipation, douleurs vives, œdèmes, etc.). Leur diagnostic est facile, car leur connexion avec l'utérus, leur dureté, les métrorrhagies abondantes qu'elles provoquent, l'accroissement de la cavité utérine sont des signes qui prêtent peu à l'erreur ; le cas n'est difficile que lorsque la tumeur ne peut être appréciée par le toucher. On peut croire alors soit à une métrite interne, soit à une fausse couche, etc. (Pour plus de détails, voy. *Myomes utérins*, p. 629, t. II, *Path. chirurg.*).

REINS. — Les reins peuvent, dans diverses consistances, donner lieu à la production d'une tuméfaction abdominale. Cela a lieu : 1° lorsqu'ils sont déplacés et flottants ; 2° lorsqu'ils sont atteints d'hydronéphrose ; 3° lorsque leur atmosphère cellulaire est le siège d'un phlegmon ; 4° lorsqu'ils sont le siège de tumeurs.

1° *Reins flottants*¹. — Le rein droit se déplace bien plus fréquemment que le rein gauche.

L'ectopie rénale coïncide souvent avec la dilatation de l'estomac. Bartels admettait que le rein déplacé comprimait le duodénum et amenait une ectasie mécanique. Bouchard soutient, au contraire, que la dilatation est primitive et détermine une congestion du foie ; cet organe augmenté de volume déplacerait le rein, surtout chez les personnes qui portent des ceintures serrées autour de la taille ou des corsets ; on s'expliquerait ainsi la plus grande fréquence à droite. En réalité, dilatation de l'estomac et ectopie rénale, relevant d'une même cause générale (V. t. I, p. 312 et 329).

Le *rein flottant* forme une tumeur ovoïde, lisse, ferme, très sensible à la pression, mobile au point de fuir sous le doigt. Cette tumeur occupe les parties latérales de l'abdomen, le bord libre des côtes, etc. Elle est le siège d'une *douleur*, souvent permanente, mais présentant des paroxysmes qui peuvent atteindre une violence extrême et qui se produisent chez les femmes, surtout au moment de la menstruation : cette douleur, probablement occasionnée par le tiraillement du plexus rénal, diminue ou disparaît sous l'influence du repos au lit, mais, par sa persistance, elle plonge

1. Le rein déplacé peut être fixé dans sa position anormale : cette disposition, ordinairement congénitale, n'offre qu'un simple intérêt anatomique et n'est, pour la personne qui en est atteinte, l'objet d'aucun inconvénient ; aussi n'est-ce pas d'elle que nous nous occuperons.