

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<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> 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 opiniâtre<sup>1</sup>, 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*<sup>1</sup>, 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'utérus<sup>2</sup> : 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*<sup>1</sup>. — 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.



les malades dans un état d'hypochondrie ou d'hystérie. — Le diagnostic s'établit surtout sur la forme de la tumeur, sa mobilité, sa densité à la pression. Au début, avant que son existence ait été constatée, on peut croire à une névralgie du plexus lombaire ou sacré, à une colique néphrétique, etc. Lorsque la tumeur est reconnue, on pourra, grâce aux caractères précédents, la distinguer aisément des autres tumeurs abdominales.

2° *Hydronéphrose*. L'hydronéphrose est consécutive, soit à un rein mobile dont l'uretère s'est coudé à angle aigu, soit à une obstruction de l'uretère par un calcul, soit à sa compression par une tumeur (fibrome utérin). — Elle donne lieu à une tumeur à contours nets, lisses, que l'on peut faire balloter, présentant de la fluctuation, susceptible de s'affaïsser après une débâcle urinaire. La ponction ramène de l'urine.

*Pyonéphrose*. En plus des signes précédents, fièvre à grandes oscillations. La ponction ramène du pus.

3° *Abcès périnéphrétique*. Début souvent brutal, évolution ordinairement rapide. Fièvre intense à grandes oscillations ou continue. Douleurs violentes. Tuméfaction lombaire, tendant à faire saillie dans la région du triangle de J.-L. Petit. La ponction donne du pus.

4° *Tumeurs du rein*. Les principales sont : — le *sarcome*, « tumeur de volume variable, plus ou moins dure, parfois vaguement fluctuante. Indépendante du foie (si elle est à droite), elle suit ses mouvements et ceux du diaphragme. Elle peut occuper tout l'hypochondre à partir de la crête iliaque et refouler les fausses côtes. Circulation collatérale dans toute la hauteur de cet hypochondre. Tumeur mate. En palpant à la fois la région lombaire et l'hypochondre, on peut transmettre des mouvements en masse de la tumeur ; on perçoit une sorte de ballotement. Hématurie rare. Pollakiurie. Urines normales ; on a cependant trouvé des cellules sarcomateuses. Sensation de tension éprouvée par la malade ; puis, quand la tumeur est grosse, phénomènes de compression (sciaticque, œdème des membres inférieurs). Début insidieux ; évolution rapide. » (Carrière) ; — le cancer qui s'accompagne le plus souvent d'hématurie ou tout au moins de la présence de globules rouges dans les urines centrifugées, et qui, parfois, détermine l'apparition d'un varicocèle chez des sujets indemnes jusque-là.

*Psoïtis* (avec pus collecté). — Succède à un traumatisme, à une inflammation de voisinage, ou se produit au cours d'une maladie

infectieuse. Donne lieu à une tumeur fluctuante, faisant saillie dans le triangle de Petit, ou dans la région inguinale. La cuisse est en abduction et en rotation externe. Douleurs vives. Fièvre intense. Evolution ordinairement rapide (sauf dans les cas de psoïtis tuberculeuse). La ponction donne du pus.

*Abcès par congestion*, succède à un mal de Pott.

*Tumeurs de l'os coxal* (chondromes, ostéo-sarcomes). « On peut les limiter par en haut ; leur matité ne remonte jamais jusqu'à la matité hépatique. Elles ne sont pas mobiles ; elles font corps avec l'os coxal qui semble souflé. En les palpant, on perçoit une crépitation spéciale, parcheminée. Douleurs atroces et phénomènes paralytiques par suite de compression du plexus lombaire. » (Carrière).

**Sémiologie.** — Cette longue énumération des tumeurs abdominales et l'étude assez complète que nous venons de faire de leurs caractères pourraient faire croire aux personnes encore dépourvues d'expérience clinique, que le diagnostic d'une semblable tumeur constitue un problème toujours très difficile.

Cette difficulté existe, en effet, dans un certain nombre de cas, mais ces cas sont exceptionnels, et lorsque vous avez constaté l'existence d'une tumeur de l'abdomen, il vous est, en général, facile de trouver dans ses caractères, dans son évolution, dans l'âge, dans l'état du malade, etc., des signes qui vous permettent de circonscrire immédiatement votre diagnostic entre deux ou trois hypothèses et d'arriver rapidement à la connaissance précise de la maladie 1.

1. Nélaton, imitant la pratique de Bérard, aimait à faire examiner par ses élèves les malades de son service. Appelé par ce maître regretté à déterminer la nature d'une tumeur abdominale que présentait une jeune fille qui venait d'entrer à la Clinique, je voyais avec satisfaction se confirmer, au fur et à mesure de mes questions, le diagnostic qui, dès l'abord, était né dans mon esprit ; cette fille souffrait depuis longtemps du creux de l'estomac, elle avait des vomissements, avait pâli, maigri, perdu ses forces. En examinant la région épigastrique, on trouvait une tumeur volumineuse, allongée ; je diagnostiquais sans hésitation un cancer de l'estomac et j'établissais mon diagnostic sur ces trois signes fondamentaux : tumeur à l'épigastre, vomissements, perte des forces ; or, il s'agissait simplement d'un *kyste hydatique du foie*, et la moindre expérience clinique eût dû éloigner l'idée du cancer ; en effet, est-ce que le cancer se développe à dix-huit ans ? Est-ce



Il est nécessaire de faire d'abord une remarque importante : c'est que, en présence d'une tumeur abdominale, la *possibilité d'une grossesse doit être constamment présente à l'esprit*, quelque invraisemblable qu'elle puisse paraître ; si la tumeur occupe la partie inférieure de l'abdomen, assurez-vous qu'elle n'est pas formée par l'utérus gravide ; vous vous rappellerez que, dans la grossesse, l'utérus forme une tumeur ovoïde, située sur la ligne médiane ou légèrement inclinée à droite ; à ce niveau, on entend un souffle doux, isochrone au pouls, c'est le souffle placentaire, et des pulsations beaucoup plus fréquentes qui sont produites par le cœur du fœtus ; parfois même, en palpant la tumeur, on peut sentir des soubresauts brusques (mouvements du fœtus) ; le col utérin présente un ramollissement et un effacement très caractéristiques ; les seins sont gonflés, le mamelon noirâtre, etc. : tous ces signes sont surtout accentués à partir du quatrième mois ; or, comme c'est alors seulement que la tumeur abdominale est appréciable, on trouve à côté d'elle un ensemble de symptômes qui permet d'en préciser la nature <sup>1</sup>.

Nous avons déjà dit que le siège de la tumeur conduit souvent au diagnostic de l'organe malade : ainsi une tumeur de l'épigastre appartient à l'estomac ou au lobe gauche du foie ; une tumeur de l'hypochondre droit appartient à ce dernier organe, etc. Il n'est pas besoin d'ajouter que souvent le malade appelle votre attention sur le point où siège le mal.

que jamais le cancer forme à l'épigastre une tumeur aussi volumineuse ? Est-ce que les vomissements n'étaient pas un simple effet de compression ? Est-ce que la pâleur, l'amaigrissement et la faiblesse de l'anémie ne diffèrent pas notablement de la teinte jaune paille, de la déchéance vitale profonde des états cachectiques ? L'absence des vomissements noirs si caractéristiques, etc., tout, en un mot, eût préservé un clinicien d'une semblable erreur. Si je me suis permis de rapporter cet exemple, c'est pour bien pénétrer mes lecteurs de toute l'importance que présente l'observation minutieuse des malades ; elle seule peut donner cette expérience qui vous conduit naturellement à accorder à chaque signe sa valeur et à établir le diagnostic plutôt sur leur ensemble que sur la constatation d'un seul d'entre eux, car les signes pathognomoniques sont bien rares. L. M.

1. Si nous avons insisté sur ce point de diagnostic, c'est qu'il a été l'objet de bien des méprises qui sont parfois funestes et qui, en tout cas, rendent le médecin ridicule aux yeux du public.

Prenons pour exemple le cas qui se présente le plus souvent à l'observation.

Voici un individu de quarante à soixante-cinq ans environ qui éprouve depuis quelque temps des troubles digestifs et des douleurs de plus en plus accentuées : il vomit, entre autres choses des matières noirâtres ; il est pâle, maigre, affaibli, et l'examen de son épigastre révèle une tumeur ou une rénitence spéciale ; vous diagnostiquez sans hésitation un **CANCER DE L'ESTOMAC**.

Si la tumeur est située plus bas, si le malade est atteint d'une constipation opiniâtre suivie de débâcles, si les selles renferment des matières noires, il s'agit d'un **CANCER DE L'INTESTIN**.

Une personne, quel que soit son âge, mais souvent jeune, présente du côté de l'hypochondre droit une tumeur plus ou moins volumineuse. Cette tumeur peut avoir produit quelques symptômes de voisinage, tels que vomissements, gêne de la respiration ; mais, malgré son ancienneté et souvent son volume, elle n'a point altéré la santé ; vous diagnostiquez un **KYSTE HYDATIQUE DU FOIE**. Si, au contraire, le malade est dans un état cachectique, la tumeur est de nature **CANCÉREUSE** <sup>1</sup>.

Chez les personnes atteintes de fièvres palustres, de fièvres graves ou d'engorgements ganglionnaires généralisés, vous constatez une **TUMÉFACTION DE LA RATE** que vous savez appartenir à l'appareil symptomatique de la maladie.

Voici une femme atteinte de métrorrhagies abondantes et d'une

1. E. Troisier a démontré que, non seulement dans le cas de cancer thoracique, mais aussi dans le cours des affections cancéreuses intra-abdominales, il se produit souvent une adénopathie sus-claviculaire qui est parfois constatable à une période peu avancée de la maladie. Au début, cette adénopathie siège derrière la clavicule et il faut la chercher pour la trouver ; lorsqu'elle a pris un certain développement, elle forme une tumeur plus ou moins volumineuse qui fait saillie dans le creux sus-claviculaire. Elle précède souvent les autres adénopathies externes. Sa plus grande fréquence à gauche s'expliquerait par les rapports anatomiques qui relient les ganglions sus-claviculaires à la terminaison du canal thoracique ; quelquefois ce vaisseau a subi lui-même la dégénérescence cancéreuse ; lorsqu'il n'est pas altéré il est probable qu'il sert encore au transport des éléments cancéreux qui, partis du néoplasme abdominal, suivent cette voie pour arriver jusqu'aux ganglions sus-claviculaires et s'y greffer. L'adénopathie sus-claviculaire est souvent reliée à la lésion d'origine par une chaîne de ganglions cancéreux.



anémie proportionnée à la quantité du sang qu'elle a perdue ; le col utérin est intact ou bien son orifice est dilaté par une tumeur lisse et arrondie ; quoi qu'il en soit, vous constatez l'existence d'une tumeur abdominale dure, souvent bosselée, faisant corps avec l'utérus : il s'agit certainement d'un MYOME UTÉRIN.

Chez une autre femme, le ventre s'est développé progressivement, d'abord sur un des côtés, puis d'une façon générale ; il est ovoïde, mat dans sa partie centrale, sonore vers les régions lombaires et épigastriques ; les changements de position de la malade modifient à peine les limites respectives de la sonorité et de la matité ; la santé générale n'est point altérée ; vous diagnostiquez un KISTE DE L'OVAIRE.

Chez une personne âgée, atteinte de constipation opiniâtre, mais ne présentant aucun signe de cachexie, vous constatez la présence, dans une des fosses iliaques, d'une tumeur molle, friable, pâteuse ; c'est une MASSE STERCORALE (scybales) accumulée par inertie de l'intestin, etc., etc.

## LIVRE XI

## SYMPTOMES FOURNIS PAR L'APPAREIL DE L'INNERVATION

L'appareil de l'innervation remplit un quadruple rôle ; il préside :

- A. A la manifestation des actes psychiques.
- B. A l'exercice des sensibilités générale et spéciale ;
- C. A l'accomplissement des mouvements volontaires et involontaires ;
- D. A la nutrition des tissus.

Or, l'intelligence, la sensibilité, le mouvement et la nutrition peuvent éprouver des perturbations très diverses ; chacune d'elles constitue un signe qui a reçu un nom spécial.

Nous allons passer successivement en revue ces différents signes, en faisant remarquer qu'il est bien plus ordinaire de les rencontrer unis qu'isolés<sup>1</sup>.

A. Les troubles intellectuels comprennent . . . . .	}	Délire.	
		Coma.	
		Apoplexie.	
		Vertiges.	
		Syncope.	
B. Les troubles de la sensibilité comprennent . . . . .	}	Anesthésie.	
		Hyperesthésie.	
		Douleur.	
		Névralgies.	
		Céphalalgie.	
C. Les troubles de la motilité comprennent . . . . .	}	Paralysie . .	
		}	Hémiplégies.
			Paraplégies.
			Paralysies partielles.
		Convulsions.	
		Contractures.	
		Ataxie.	
		Tremblement.	

1. C'est la conséquence naturelle des fonctions multiples affectées au même appareil.