

TRAITEMENT. — Une triple médication doit être simultanément appliquée à l'entéroptose.

1. Massage.
2. Electricité.
3. Ceinture.

La ceinture maintenant le petit intestin au niveau de l'hypogastre amène le plus souvent un soulagement immédiat, et, en même temps qu'elle répond au but thérapeutique, elle devra confirmer le diagnostic de l'entéroptose. (Epreuve de la ceinture.)

4. — DYSPEPSIE NÉVRALGIQUE

La dyspepsie névralgique est caractérisée par deux symptômes :

Une douleur intense au niveau de l'estomac, survenant sous forme de crises pendant la digestion ;

Des vomissements alimentaires d'intensité et de fréquence variables.

La dyspepsie névralgique ou gastralgique, qui n'est autre qu'une névralgie de l'estomac, ne diffère de la gastralgie simple qu'en ce que cette dernière se manifeste avant les repas, et, au contraire, la dyspepsie névralgique après les repas, pendant la durée de la réplétion stomacale.

B. — DYSPEPSIE DEUTÉROPATHIQUE

La dyspepsie existe comme symptôme secondaire dans de nombreuses maladies ; on pourrait même dire que, dans tout état pathologique, les fonctions digestives sont plus ou moins atteintes.

Toute affection fébrile diminue ou supprime l'appétit et amène des indigestions quand il y a ingestion d'aliments.

Les états généraux tels que l'arthritisme, le diabète, l'anémie, l'intoxication (tabac, etc.), produisent aussi un état dyspeptique, dû le plus souvent aux altérations des sécrétions du tube digestif ou de ses glandes annexes.

Parmi les maladies localisées, susceptibles de causer la dyspepsie, surtout à forme névralgique, il convient de citer particulièrement l'ataxie (système nerveux), la tuberculose (poumon), l'albuminurie (rein), et enfin les affections génitales.

Toute affection génitale est capable de troubler la digestion, la plupart du temps en amenant de la dyspepsie gastralgique par action réflexe.

Je ne parle pas ici du prolapsus utérin, compagnon fréquent de l'entéroptose et qui rentre dans la catégorie des troubles mécaniques précédemment étudiés, mais des affections utérines sans déplacement. Parmi elles la métrite occupe, au point de vue dyspeptique, un rôle prépondérant.

La femme atteinte de métrite chronique digère mal, et si les crises douloureuses n'attirent pas l'attention du côté de l'estomac, l'amaigrissement progressif, souvent inexplicable, conduit le médecin à une exploration atten-

tive de tout l'organisme et assez souvent à la découverte d'une métrite à peine soupçonnée.

Toutes les fois qu'une femme maigrit sans cause nettement appréciable, examinez le système génital ; souvent vous y trouverez la source des troubles nutritifs. Il y a là une sorte de dyspepsie latente, de cause également latente l'état général éveille l'attention du médecin et l'examen génital éclaire la pathogénie.

L'endométrite, et surtout la métrite parenchymateuse, sont les affections qui sont la source la plus fréquente de troubles dyspeptiques sérieux. Je me contente de mentionner le cancer utérin, dont l'action sur l'économie est due moins à son siège génital qu'à sa nature même.

La dyspepsie intéresse le gynécologue à un double point de vue :

En premier lieu, elle peut mettre sur la piste d'une affection génitale ignorée.

En second lieu, quand elle existe simultanément avec une maladie génitale, il y a lieu de se demander si elle dépend de cette maladie, d'un autre état pathologique, ou encore si elle est idiopathique. Les affections génitales ne produisent guère que la forme névralgique, ou encore cette forme latente qui amène l'amaigrissement sans douleurs. Si la dyspepsie revêt une autre forme (soit alimentaire, soit inflammatoire), il y aura donc lieu de supposer que le système génital ne peut être incriminé. D'autres maladies que celles du système génital pouvant produire la forme névralgique, l'examen attentif des organes voisins renseignera sur la coïncidence possible d'autres états pathologiques. Dans le cas où la source même de la dyspepsie est douteuse, l'épreuve thérapeutique sera seule susceptible de lever les incertitudes. Guérissez la maladie génitale ; si la dyspepsie disparaît, la cause est trouvée, sinon traitez à son tour la maladie qui persiste, ou, en son absence, la dyspepsie même, qui était alors idiopathique.

Autrement dit, la dyspepsie d'origine génitale est de forme névralgique (à moins qu'il ne s'agisse de la forme latente ou simple amaigrissement), d'autres maladies peuvent également produire cette même forme. Commencez par guérir l'affection génitale, et si la dyspepsie persiste, traitez soit la maladie coïncidente, soit le tube digestif lui-même.

III

TUMEURS

Nous avons étudié la femme souffrant de son abdomen (I^{re} partie de ce chapitre), nous l'avons ensuite examinée dans ses manifestations dyspeptiques (II^e partie de ce chapitre) ; il nous reste à détailler la femme atteinte de

tumeur abdominale, afin de savoir si cette tumeur dépend ou non du système génital.

Néuralgie, dyspepsie, tumeur, tel est en effet le trépied pathologique de l'abdomen au point de vue gynécologique.

Les tumeurs susceptibles de se développer dans l'abdomen sont nombreuses; aussi dois-je me borner ici à leur simple esquisse; en indiquant les signes qui permettent de les distinguer des tumeurs génitales.

Au point de vue clinique, les tumeurs abdominales doivent être divisées en *petites et grosses*; la limite entre ces deux variétés étant environ le volume d'une tête d'adulte.

Les petites tumeurs sont susceptibles d'être localisées à une région précise de l'abdomen, d'où une facilité relative à reconnaître leur provenance; les volumineuses, au contraire, ont plus ou moins envahi tout l'abdomen, leur localisation devient impossible et leur diagnostic doit être établi sur des bases différentes.

Voici d'ailleurs le plan qui sera suivi dans l'étude très succincte de ces tumeurs :

A. *Petites tumeurs :*

1. Paroi abdominale.
2. Hypochondre droit (foie).
3. — gauche (rate).
4. Epigastre (estomac).
5. Omphalique (intestin grêle).
6. Flancs (reins).
7. Fosse iliaque droite (cœcum).
8. — gauche (S iliaque).
9. Hypogastre (vessie, utérus, rectum).

B. *Grosses tumeurs.*

A propos de chaque organe ou région de l'abdomen, je ferai précéder l'étude des tumeurs par celle des divers procédés d'exploration et des particularités qu'ils présentent.

A. — PETITES TUMEURS

1. — PAROI ABDOMINALE

a. *EXPLORATION.* — L'inspection et la palpation sont ici les deux moyens maîtres du diagnostic.

L'inspection révèle la déformation de la paroi abdominale, déformation cessant brusquement aux limites de la tumeur, tandis que dans les tumeurs plus profondes, la paroi abdominale, soulevée comme un voile, estompe, pour ainsi dire, les bords du néoplasme dont les limites deviennent ainsi plus vagues.

La palpation, aidée de la percussion, permet de délimiter nettement les bords de la tumeur, d'en dessiner les contours et d'en déterminer la consis-

tance. Si la tumeur est intra-abdominale, la paroi abdominale glisse à sa surface, ce qui n'a pas lieu lorsqu'elle est pariétale. De plus, dans le premier cas, les doigts ont parfois la sensation de frottement se faisant entre les deux feuillets péritonéaux.

b. *DIAGNOSTIC DES TUMEURS.*

La tumeur peut être *gazeuse, liquide ou solide*.

1° *Gazeuse :*

Emphysème survenant à la suite de la rupture traumatique d'anses intestinales. Crépitation caractéristique.

Hernie intestinale, tumeur sonore, ordinairement réductible, existant à l'ombilic, à l'orifice vaginal, au canal crural; les autres sièges sont exceptionnels.

2° *Liquide :*

Kystes séreux. — Tumeur remplie de sérosité siégeant entre le péritoine et la paroi musculaire, pouvant atteindre un volume assez considérable. — Tumeur indolente, arrondie, fluctuante ou élastique transparente.

Les *kystes hydatiques* présentent une grande analogie avec les précédents, et n'en diffèrent que par le frémissement hydatique quand il existe, et par la présence de crochets dans le liquide extrait par la ponction. Le liquide de ces kystes est clair et citrin à l'état normal, opalescent avec des hydatides mortes et purulent quand il y a des complications inflammatoires. Ces tumeurs peuvent parfois prendre un énorme accroissement et simuler un kyste de l'ovaire.

Les *tumeurs sanguines* sont de deux sortes, les unes constituées par des néoformations vasculaires : *nœvi*, — les autres par l'épanchement de sang dans le tissu musculaire ou cellulaire : *kystes sanguins*. — Les *nœvi* sont congénitaux et augmentent progressivement; les *kystes sanguins* surviennent à la suite d'un traumatisme ou d'une rupture musculaire.

Les *kystes purulents* sont produits par l'inflammation de kystes séreux ou sanguins, ou sont le résultat d'un phlegmon de la paroi abdominale.

3° *Solide :*

Hernie épiploïque, siégeant à l'un des orifices habituels à ces tumeurs (ombilic, canal inguinal, anneau crural). Ordinairement réductible.

La *gomme syphilitique* a les allures d'un phlegmon chronique; les antécédents de la malade et le traitement jugeront la nature de la tumeur.

Les *kystes sébacés* forment de petites tumeurs indolentes, à contenu pathognomonique.

Les trois variétés qui précèdent étant éliminées, nous arrivons aux tumeurs bénignes proprement dites : soit l'*adénome*, le *fibrome* et le *lipôme*.

L'*adénome* siège à l'ombilic; tumeur congénitale, pédiculée, formée aux dépens des débris du canal omphalo-mésentérique; l'intestin en est donc l'origine.

Le *fibrome* adhère habituellement aux muscles de la paroi abdominale, il est mobile dans le relâchement musculaire et fixe pendant la contraction. La

tumeur à un développement lent, elle arrive à un moment donné au contact du péritoine et de la peau sans les envahir.

Le *lipôme* peut être sous-péritonéal, intra-musculaire ou sous-cutané; cette dernière variété est la plus fréquente. Il siège en un point de la paroi abdominale, mais plus particulièrement au voisinage du canal vaginal ou de la ligne blanche, où il peut être pris pour une hernie. La palpation donne aussi à son niveau la sensation de fausse fluctuation, la ponction démontrera l'absence du liquide.

La tumeur maligne est ici comme en toute autre région le *cancer*, qui prend la forme tantôt d'épithélioma, tantôt celle de carcinôme. Elle peut être secondaire ou primitive. Caractères habituels du cancer.

Entre les tumeurs malignes et les bénignes se trouve le *sarcôme*, tumeur intermédiaire ou *bénigno-maligne*, bénigne à son début où elle prend les allures du fibrôme, maligne à une période plus avancée où elle se comporte comme le cancer. Souvent le sarcôme est pris au début pour un kyste à cause de la fausse fluctuation qu'il donne et que rectifie la ponction exploratrice.

2. — HYPOCHONDRE DROIT (Foie.)

a. EXPLORATION. — Souvent l'inspection d'un abdomen découvert permet de deviner, à la voussure de l'hypochondre droit, empiétant plus ou moins sur les régions voisines, une tumeur du foie.

A l'état normal, le bord du foie suit la limite du rebord costal; quand, à la palpation, on sent le foie dépasser ce rebord, on peut conclure, soit à un abaissement de l'organe, soit à une tumeur. La percussion renseignera sur la limite supérieure; on sait que le bord supérieur du foie se trouve au niveau du mamelon ou du bord supérieur de la sixième côte. — Cause d'erreur: épanchement pleural abondant du côté droit, abaissant le diaphragme et le foie.

Dans le cancer du foie on peut entendre un bruit de souffle se produisant dans les vaisseaux de la glande hépatique.

Les tumeurs du foie suivent les déplacements respiratoires du diaphragme. Parmi les tumeurs de l'abdomen, il n'y a guère que celles du foie et de la rate qui suivent les mouvements du diaphragme.

b. DIAGNOSTIC DES TUMEURS. — Les tumeurs du foie et des voies biliaires, sauf l'hydropisie de la vésicule biliaire qui peut prendre de grandes dimensions et que nous reverrons à propos des grosses tumeurs, forment des tumeurs de volume relativement petit, que l'exploration permet de rattacher facilement au foie, et qu'on ne saurait en conséquence confondre avec les tumeurs des organes génitaux.

Leur diagnostic ne présente donc pour le gynécologue qu'un intérêt secondaire, aussi je me contenterai de les énumérer ici sans insister sur leurs caractères cliniques.

Tumeurs liquides :

- 1° Kystes séreux simples ou hydatiques;
- 2° Hydropisie de la vésicule biliaire;
- 3° Abscès du foie ou de la vésicule biliaire.

Tumeurs solides :

- 1° Périhépatite ou péritonite périhépatique;
- 2° Congestion active ou passive du foie;
- 3° Hypertrophie simple (diabète) ou cirrhose hypertrophique;
- 4° Dégénérescence graisseuse et amyloïde;
- 5° Déplacement. Hépatoptose;
- 6° Sarcôme. Cancer.

3. — HYPOCHONDRE GAUCHE (Rate.)

a. EXPLORATION. — L'inspection, à moins d'une tumeur volumineuse, ne donnera aucun renseignement spécial.

La palpation n'aura accès jusqu'à la rate qu'avec une tumeur de volume notable, ou un déplacement de l'organe l'amenant au contact de la paroi antérieure de l'abdomen.

La rate s'étend dans l'hypochondre gauche de la neuvième à la onzième côte. Aussi la matité fournie par cet organe s'étend-elle le long de la ligne axillaire de la partie supérieure de la neuvième côte à la partie inférieure de la onzième, dans une longueur de 8 centimètres environ. La matité est de 5 centimètres dans le sens antéro-postérieur; cette matité, vu la profondeur de l'organe, n'est pas toujours facile à nettement déterminer.

Dans certains cas d'engorgement de la rate on a constaté un souffle splénique.

Les petites tumeurs de la rate pourront être facilement confondues avec celles du rein gauche et du grand cul-de-sac de l'estomac, diagnostic différentiel qui intéresse peu la gynécologie; il n'en est pas de même des tumeurs volumineuses qui peuvent simuler des kystes de l'ovaire ou des fibrômes utérins.

Les caractères de ces tumeurs volumineuses seront vus ultérieurement; quant aux petites tumeurs, je me contenterai, comme pour le foie, d'en faire ici l'énumération.

Tumeurs liquides :

- 1° Kystes hydatiques;
- 2° Abscès.

Tumeurs solides :

- 1° Périplénite ou péritonite périplénique;
- 2° Congestion (fièvres intermittentes et infectieuses);
- 3° Hypertrophie (paludisme, leucémie);
- 4° Dégénérescence amyloïde;
- 5° Déplacement. splénoptose;
- 6° Cancer.

Il a été dit que les petites tumeurs de la rate intéressaient peu le gynécologue, une exception doit être faite pour le déplacement de cet organe. La rate déplacée, qu'elle soit normale ou hypertrophiée, arrive parfois au voisinage des organes génitaux et simule soit une tumeur de l'ovaire, soit un fibrome utérin. La mobilité de la tumeur qu'on peut remonter jusque dans la région splénique, la vacuité de l'hypochondre gauche, les variations de la tumeur sous l'influence de la quinine, constitueront les éléments du diagnostic différentiel.

4. — ÉPIGASTRE (Estomac.)

EXPLORATION. — Une dilatation notable de l'estomac se traduit parfois par une voussure de la région épigastrique; une tuméfaction circonscrite de la région est en rapport avec un cancer stomacal; toutefois il ne faut pas oublier que les tumeurs de l'estomac peuvent se rencontrer en différentes régions de l'abdomen et loin de l'épigastre.

La palpation donne des renseignements précis sur les tumeurs accessibles de l'estomac. Leube a proposé d'introduire une sonde dans cet organe; le bout de l'instrument, senti à travers la paroi abdominale, permettrait de délimiter les contours de l'organe. Ce procédé d'exploration est dangereux.

On a essayé à l'aide de la percussion et après distension artificielle produite par l'ingestion de poudres effervescentes, de délimiter l'estomac, mais on n'est pas arrivé à des résultats précis à cause du voisinage du côlon transverse et du petit intestin.

L'auscultation donne des résultats intéressants pour le diagnostic de la dilatation de l'estomac; en effet, le *clapotage* ou *bruit de flot*, provoqué par une impulsion brusque imprimée à la région correspondant à l'estomac, est pathognomonique de cette affection, à la condition qu'il soit rencontré à jeun et qu'il siège au-dessous d'une ligne horizontale joignant l'ombilic aux cartilages costaux du côté gauche.

A l'aide d'instruments spéciaux (gastroscope), on a pu éclairer et voir l'intérieur de l'estomac; les résultats fournis sont peu concluants.

b. DIAGNOSTIC DES TUMEURS. — Laissons de côté les abcès, les myômes, les kystes qui constituent des curiosités pathologiques, et enfin l'ulcère simple où il n'y a pas tumeur; il nous reste comme tumeur de l'estomac :

La dilatation, qui peut être considérée comme une tumeur gazeuse :

Le cancer;

L'adénome ou pseudo-cancer qui, au point de vue clinique, diffère du cancer véritable par sa longue durée, par la présence dans les vomissements d'une quantité sensiblement normale d'acide chlorhydrique, enfin par le bon état de la nutrition.

Ces diverses affections n'intéressant que secondairement la gynécologie, je n'insiste pas.

Le cancer de l'estomac forme, il est vrai, une tumeur qui est rencontrée dans plusieurs points de l'abdomen, mais il est très exceptionnel qu'elle

s'approche de la zone génitale, et elle ne saurait prêter à confusion avec une tumeur des organes pelviens.

5. — OMBILIC (Intestin. Péritoine).

Avec la région ombilicale je m'occuperai de tout l'intestin, sauf le cœcum, l'S iliaque et le rectum, qui appartiennent à des régions spéciales; le péritoine fera également partie de la description actuelle.

a. EXPLORATION. — L'inspection donne d'importants renseignements: ventre déprimé en bateau; ventre saillant, ballonné. Les anses intestinales distendues peuvent se dessiner sous la paroi abdominale.

La palpation renseigne sur le contour, le volume des tumeurs, sur la consistance et permet souvent de sentir les frottements qu'on imprime aux feuillets péritonéaux altérés. Les tumeurs épiploïques sont en général multiples, et caractérisées par leur grande mobilité, ce qui les différencie des tumeurs du foie, des reins, du pancréas et des organes pelviens. Les tumeurs de l'intestin sont aussi très mobiles quand elles siègent sur l'intestin grêle, plus fixes au contraire quand elles dépendent du gros intestin. Par le fait même de la mobilité intestinale, les tumeurs du jéjuno-iléon se déplacent facilement dans le sens de la profondeur, aujourd'hui superficielles, le lendemain difficilement accessibles; ce caractère clinique est des plus intéressants.

L'intestin est toujours sonore à la percussion, même quand il y a accumulation dans son intérieur d'une grande quantité de matières fécales; dans ce cas, la percussion, pour être sonore, doit être exécutée avec force.

L'exploration instrumentale consiste — pour l'intestin dans le cathétérisme rectal, ou dans l'insufflation d'air ou d'un gaz dans le gros intestin, de manière à le rendre perceptible à la vue — pour le péritoine dans la ponction exploratrice destinée à renseigner sur la composition d'un épanchement.

b. DIAGNOSTIC DES TUMEURS.

Intestin. — Péritoine. — Pancréas. — Tumeurs fantômes.

1° *L'intestin* peut être distendu par du gaz, d'où *tympanite*, ou être envahi par le *cancer*.

Tympanite. — Peau tendue, luisante, ventre sonore, la forme du ventre et la sonorité ne sont pas modifiées par les déplacements de la malade.

Cancer. — Le cancer siège par ordre de fréquence décroissante sur le rectum, l'S iliaque, le côlon, le cœcum, et enfin l'intestin grêle. Il se manifeste par une douleur locale d'intensité variable, de la constipation avec débâcles, du mélœna, par une tumeur de volume variable que le ballonnement du ventre rend parfois difficile à sentir. Il y a souvent rétrécissement intestinal, et, si le siège est le gros intestin, effilement des matières fécales.

2° Le *péritoine* (péritoine proprement dit, mésentère, épiploon, etc.) peut présenter les diverses altérations suivantes :

Inflammation { généralisée ;
localisée ;

Ascite { généralisée,
localisée ;

Tympanite ;

Tuberculose ;

Kystes hydatiques ;

Lipome ;

Lymphosarcome et cancer ;

Corps libres intra-péritonéaux.

Inflammation généralisée (Péritonite). — Douleur étendue à tout l'abdomen. Météorisme, ballonnement du ventre. Frissons et fièvre. Hoquets et vomissements. Constipation.

Inflammation localisée (Péritonite partielle). — Ces inflammations partielles, quand elles ne sont pas traumatiques, ont le plus souvent comme point de départ l'inflammation même de l'organe abdominal protégé par cette partie de la séreuse (péribépatie, périnéphrite, périmérite, etc.). — Douleur localisée. Tuméfaction locale arrivant à former une véritable tumeur. Tuméfaction en rapport avec l'intensité du processus. Terminaison par suppuration ou résolution.

Ascite. — Trois mécanismes de production ; soit un trouble de la circulation générale (cardiopathie) ; soit une perturbation dans la circulation de la veine porte (cirrhose du foie) ; soit une tumeur ou inflammation chronique du péritoine déterminant une exsudation séreuse. — Abdomen augmenté de volume ; flancs élargis et étalés ; matité au niveau des parties déclives, variant avec la position de la malade ; flot.

Hydropisie enkystée du péritoine. — Cette hydropisie peut se constituer soit dans un territoire du péritoine isolé par une inflammation, soit dans l'arrière-cavité de l'épiploon par suite de l'oblitération de l'hiatus de Winslow. — Tumeur plus ou moins arrondie, fixe ou peu mobile, fluctuante, mate.

Tympanite. — La tympanite péritonéale, qu'il ne faut pas confondre avec l'intestinale, survient à la suite d'une péritonite traumatique et d'une perforation intestinale. Les gaz s'accumulent dans la cavité péritonéale. Les symptômes se confondent avec ceux de la péritonite concomitante.

Tuberculose. — Forme chronique : presque toutes les péritonites chroniques sont tuberculeuses ou cancéreuses.

Deux variétés de péritonite tuberculeuse, l'une avec l'autre sans ascite. Dans la variété avec ascite le diagnostic est difficile à établir en dehors des renseignements que fournit l'histoire et l'inspection générale de la malade, car le liquide voile plus ou moins les lésions locales, alors qu'il n'y

a pas ascite : dureté de l'abdomen, surtout à l'ombilic et à l'hypogastre ; parfois tumeurs circonscrites dues à l'agglutination d'anses intestinales ou à l'envahissement de l'épiploon par le processus pathologique. Sensation de froissement aux points où les fausses membranes glissent les unes sur les autres. *Edebohl*¹ a signalé l'existence de petites plaques indurées sous-péritonéales, qu'on sentirait très nettement par la palpation abdominale et dont la coexistence, avec l'état pathologique d'une ou de deux trompes indiquerait presque sûrement la nature tuberculeuse de l'affection. Dans les deux formes, fonctions digestives languissantes. Fièvre ; transpirations nocturnes. Amaigrissement. Exceptionnellement cette maladie revêt une forme aiguë.

Kystes hydatiques. — Les kystes hydatiques se développent en un point quelconque de la cavité péritonéale, ordinairement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Les symptômes seront ceux d'un kyste à fluctuation vague, parfois nulle, pouvant donner à la percussion la sensation de frémissement hydatique.

Lipôme. — Le lipôme peut exceptionnellement se développer dans le grand épiploon. Ces tumeurs étant très rares, inutile d'insister à leur égard.

Lymphosarcome et cancer. — Le *sarcome* se localise d'habitude aux ganglions prévertébraux de l'abdomen, et s'accompagne de leucémie. Le diagnostic en est très ardu à cause de la difficulté qu'on éprouve à explorer les tumeurs ganglionnaires.

Le *cancer* péritonéal, après une période latente, se manifeste par des douleurs abdominales, par une tumeur dure, mobile, douloureuse, d'ordinaire nettement circonscrite et de siège variable. Evolution rapide avec ou sans ascite, suivant les cas. Fréquemment coexistence du cancer d'autres organes abdominaux.

Corps libres intra-péritonéaux. — Une tumeur primitivement localisée dans un organe de l'abdomen, un myôme utérin par exemple, peut, après s'être pédiculée, se détacher par rupture du pédicule et vivre libre dans la cavité péritonéale. Ces tumeurs sont toujours d'un faible volume et n'offrent qu'un intérêt clinique secondaire.

3° Le *pancréas* peut être atteint d'inflammation, d'hypertrophie simple, de kystes et de cancer.

Les kystes et le cancer nous intéressent seuls ici.

Les kystes sont tantôt hydatiques, tantôt purulents, tantôt d'origine anévrysmatique et constitués par une rupture artérielle.

Ces diverses tumeurs du pancréas sont à peu près impossibles à diagnostiquer pendant la vie.

4° Par *tumeurs fantômes* on entend des pseudo ou fausses tumeurs, simulées chez les hystériques par la contraction ou la contracture de certains

¹ *Transactions of the Am. Gyn. Society.* Sept. 1891.

muscles abdominaux. Le chloroforme les fait disparaître et constitue le meilleur élément du diagnostic.

6. — FLANCS (Reins).

a. EXPLORATION. — Les tumeurs du rein, quand elles deviennent volumineuses, font saillie dans le flanc où l'inspection les laisse deviner. Elles respectent les hypochondres, qui sont distendus dans les tumeurs du foie et de la rate. Les tumeurs du rein, contrairement à celles du foie et de la rate, sont indépendantes des mouvements respiratoires.

La *percussion* ne donne à l'égard du rein que des résultats très vagues; il n'en est pas de même de la *palpation* qui constitue ici le meilleur mode d'exploration. La palpation peut se faire, ainsi que l'a indiqué *Glénard*, avec une seule main embrassant le flanc, le pouce en avant, les autres doigts en arrière, mais il est préférable de la pratiquer avec les deux mains, situées l'une en avant et l'autre en arrière de l'organe à explorer. On arrive ainsi à sentir le rein quand il est augmenté de volume ou devenu le siège d'une tumeur, et on lui imprime des mouvements brusques qui se traduisent par une sensation de *ballotement*, pathognomonique d'une tumeur rénale de volume moyen ou petit, car les grosses tumeurs, immobilisant le rein, ne donnent pas lieu à ce phénomène.

Enfin le rein pourra être soumis à une exploration directe, soit à l'aide d'une ponction, soit par une incision faite en avant de l'abdomen (exploration transpéritonéale), soit en arrière dans la région lombaire comme pour la néphrectomie (exploration extra-péritonéale). Je rangerai encore ici le cathétérisme des uretères, qui donne des renseignements sur la sécrétion de l'organe; malheureusement ce cathétérisme est d'une exécution difficile.

b. DIAGNOSTIC DES TUMEURS. — Les tumeurs du rein et de la partie attenante des voies urinaires sont les unes liquides, les autres solides.

1° Tumeurs liquides. — *Kystes.* — Il en existe pour le rein deux variétés: les *séreux* et les *hydatiques*. Les caractères cliniques présentent beaucoup d'analogies. Tumeurs pouvant acquérir le volume du poing et même d'une tête d'enfant. Hématuries. Altération de la sécrétion rénale. Urémie. Le kyste hydatique a pour caractéristique la présence des crochets dans le liquide ponctionné, et le frémissement hydatique quand il existe. Les kystes purulents ne sont que la transformation inflammatoire des précédents.

Pyélonéphrite. — Quand avec une suppuration des bassinets et uretères, un obstacle, un calcul par exemple, s'oppose à l'écoulement de l'urine mélangée de pus, une tumeur se forme contiguë au rein (pyonéphrose), fluctuante et douloureuse. Cette tumeur est susceptible d'acquérir un certain volume, grâce à l'élasticité de son enveloppe. Si l'uretère redevient perméable, la poche se vide et la tumeur disparaît; certaines de ces tumeurs sont ainsi intermittentes.

Hydronéphrose. — L'hydronéphrose se forme par le même mécanisme que la précédente tumeur, sous l'influence d'un calcul, ou par la compression d'une tumeur de voisinage; elle n'en diffère que par le contenu qui n'est pas purulent, mais limpide et formé d'urine qui perd petit à petit ses éléments constitutifs, surtout l'urée. L'hydronéphrose est quelquefois double, il faut alors admettre que les uretères, ou au moins l'un des deux, n'est pas complètement imperméable, sans quoi la malade succomberait promptement. A la palpation, tumeur bosselée, ballotement rénal. En comprimant la tumeur, on provoque parfois le besoin d'uriner.

Abcès rénal et périnéal. — Les abcès du rein sont rares, leur symptomatologie présente d'ailleurs beaucoup d'analogie avec ceux qui se forment autour du rein, lesquels sont par contre fréquents. Le phlegmon périnéphrétique, origine de l'abcès en question, se manifeste par de la douleur et de la tuméfaction au niveau de la région lombaire, souvent accompagnée d'œdème local. Après un temps plus ou moins long, survient de la fluctuation. La marche ultérieure est celle des abcès.

2° Tumeurs solides. — *Néphroptose.* — *Rein mobile.* — La néphroptose a deux degrés: dans le premier le rein est simplement *mobile*, mais ne quitte pas sa région habituelle, le flanc; dans le second, le rein devient *flottant* et peut errer en un point quelconque de la région sous-ombilicale de l'abdomen. Le rein mobile se reconnaît à la palpation; il fuit entre les doigts qui l'explorent. Le rein flottant se diagnostique aussi par la palpation, car sa forme caractéristique ne le laisse pas confondre avec une autre tumeur, enfin sa mobilité, permettant de le replacer, indique la nature même de l'organe¹.

*Thirion*² a avec raison insisté sur la fréquence du rein mobile chez les malades dites gynécologiques, c'est-à-dire supposées atteintes d'une affection génitale; d'après lui, proportion peut-être exagérée, chez 20 p. 100 des femmes atteintes d'affection génitale le rein mobile existerait, et demanderait à être

¹ Le Dr Le Gendre (*Concours médical*, 1891, p. 7) cite les deux cas suivants, intéressants comme diagnostic:

« Une dame avait un fibrome utérin pédiculé dans la partie gauche de l'abdomen; le médecin qui la soigne l'été, et moi, nous l'avions constaté maintes fois. Après quelques mois d'absence, elle revint, me disant de la part du confrère qu'un nouveau fibrome était apparu, cette fois du côté droit, et que celui-là, contrairement au premier qui ne l'avait jamais incommodée, la faisait quelquefois souffrir; elle songeait presque à réclamer une intervention chirurgicale. Une exploration minutieuse me permit de démontrer que le dernier prétendu fibrome était le rein droit, qui s'était mobilisé sous la quadruple influence d'une dilatation gastrique, du corset, de l'amaigrissement et de l'équitation.

« Dans un cas de Mundé (*New-York med. J.*, 1888), l'ectopie rénale a fait croire à une lésion des annexes de l'utérus et c'est seulement après la laparotomie que le diagnostic a pu être posé. C'était dans la région de l'ovaire gauche qu'existaient des douleurs vives; on trouvait là une tumeur qui fut diagnostiquée par plusieurs médecins: salpingo-ovarite avec adhérences. Quand le chirurgien, ayant fait la laparotomie, eut énucléé, avec beaucoup de difficultés, la masse entourée d'exsudats péritonitiques, il découvrit qu'il tenait dans la main le rein gauche. Sa consternation fut telle qu'il songea à remettre l'organe en place, mais la décortication était trop complète; il lia le pédicule pour arrêter une abondante hémorragie. L'opérée guérit; l'examen histologique du rein ne révéla aucune lésion. »

² *Congrès de Gynécologie*. Bruxelles, 1892.

traité opératoirement, si on veut débarrasser complètement la femme des troubles douloureux et réflexes dont elle souffre. La recherche du rein mobile ne doit jamais en effet être omise par le gynécologue, sans quoi il s'expose à un diagnostic incomplet. Quand il aura constaté le rein mobile, il devra discuter, et déterminer autant que possible quel est la part qui revient au rein et à l'affection génitale coïncidente, afin d'instituer le traitement en conséquence.

Hypertrophie du rein. — Cette hypertrophie accompagne soit la congestion, soit la néphrite parenchymateuse. Elle se manifeste à la palpation par l'augmentation de volume de l'organe et souvent par de la douleur à la pression.

Sarcôme et carcinôme du rein. — Le carcinôme rénal offre deux symptômes principaux: *hématurie* et *tumeur*. La tumeur est tardive, douloureuse; elle est tantôt dure, tantôt molle et présente alors une fausse fluctuation; elle est parfois le siège de battements analogues à ceux d'un anévrysme. Les symptômes du sarcôme diffèrent peu de ceux du carcinôme; le seul caractère notable est la douleur moindre.

7. — FOSSE ILIAQUE DROITE (Cœcum).

a. EXPLORATION. — Les moyens d'exploration applicables à cette région sont l'inspection, qui révèle les déformations amenées par une tumeur, la palpation qui renseigne sur le contour et la consistance de la tumeur, la percussion, grâce à laquelle on perçoit la sonorité ou la matité; je me contente de mentionner la ponction et l'incision exploratrices.

b. DIAGNOSTIC DES TUMEURS. — Le cœcum est l'organe qui accapare presque toute la fosse iliaque droite, or les tumeurs qui se développent dans cette région peuvent siéger dans l'intérieur de cette partie de l'intestin, dans sa paroi ou autour de lui; donc trois variétés de tumeurs, intra-pariétales, pariétales, extra-pariétales.

1° Tumeurs intra-pariétales. — L'accumulation de matières fécales dans l'intérieur du cœcum constitue une tumeur stercorale.

La tumeur ainsi formée est nettement isolée, cylindrique, assez mobile, modifiable par la pression et le massage; parfois elle atteint une dureté pierreuse. La constipation est la règle; cependant il peut y avoir de la diarrhée, les matières étant accumulées dans le cœcum au-dessous de l'embouchure de l'iléon. Ces tumeurs sont quelquefois prises pour des cancers.

2° Tumeurs pariétales. — L'*inflammation* du cœcum ou typhlite survient d'ordinaire à la suite d'une constipation opiniâtre, les matières fécales par leur dureté et leur séjour prolongé causant un véritable traumatisme local.

La tumeur constituée par la typhlite est analogue à celle produite par l'accumulation des matières fécales, avec la douleur et les symptômes d'inflammation locale en plus; d'ailleurs, ces deux états pathologiques s'accompagnent le plus souvent. La pérityphlite, c'est-à-dire l'inflammation du tissu

cellulaire et du péritoine qui entourent le cœcum, complique volontiers les typhlites et en est la conséquence.

L'*invagination*, qui est constituée par la pénétration de l'intestin dans lui-même, peut à la région qui nous occupe avoir lieu à l'union du petit et du gros intestin ou à l'union du cœcum et du colon ascendant, il en résulte une tumeur locale avec symptômes d'*occlusion intestinale* qui dominent la scène.

Le *cancer* se manifeste au début avec les allures d'une typhlite à marche chronique; l'aggravation progressive et l'envahissement des ganglions inguinaux conduisent ultérieurement au diagnostic.

3° Tumeurs extra-pariétales. — Des *fibrômes* et *sarcômes* se développent quelquefois dans la région de la fosse iliaque, siégeant le plus souvent au niveau ou au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il existe également des *ostéochondrômes* ayant pour point de départ l'os iliaque.

Parmi les affections fréquentes de la région, il convient de mentionner le phlegmon, qui est tantôt *sous-péritonéal* et se développe dans le tissu cellulaire situé au contact du cœcum, tantôt *sous-aponévrotique* et se confond alors avec la psittis. Ces deux affections inflammatoires, voisines du ligament large, ne sauraient cependant être confondues avec le phlegmon péritutérin, le siège même de la tumeur inflammatoire est absolument distinct dans les deux cas. On voit cependant les phlegmons se transmettre par propagation du ligament large au tissu cellulaire de la fosse iliaque. Il peut exister aussi une adénite de la fosse iliaque, distincte du phlegmon de la même région.

8. — FOSSE ILIAQUE GAUCHE (S iliaque).

L'S iliaque joue dans la fosse iliaque gauche un rôle identique à celui du cœcum dans la fosse iliaque droite. La pathologie de l'un ou de l'autre côté ne présente que de faibles différences, aussi je renvoie pour la fosse iliaque gauche à ce qui a été dit à propos de la droite.

9. — HYPOGASTRE

L'hypogastre, dont le pelvis peut être considéré comme une dépendance, protège comme viscères:

- La vessie;
- L'utérus et ses annexes;
- Le rectum.

Les tumeurs de ces différents organes ont été étudiées dans d'autres chapitres de ce livre (voir p. 485, 710 et 744), je me contente de les rappeler:

- Vessie.
- Premier groupe: 1° papillômes lisses et villosités; 2° myxômes; 3° fibrômes; 4° myômes.

Second groupe : 1° épithéliômes ; 2° carcinômes ; 3° sarcomés.

Utérus et annexes :

Fibrômes.	} Utérus.
Sarcômes.	
Cancer.	
Kystes	} de l'ovaire et du ligament large.
Tumeurs malignes	
Hémato-	
Hydro-	
Pyo-	} salpingite.

Rectum.

Hémorroïdes.
Végétations.
Condylômes et syphilides.
Polypes.
Prolapsus.
Cancer.

B. — GROSSES TUMEURS

Dans la première partie de cet exposé, nous avons vu les tumeurs dont le volume ne dépasse pas celui d'une tête d'adulte et qui peuvent être localisées en une région précise de l'abdomen, localisation qui en facilite le diagnostic, j'arrive maintenant aux tumeurs dont le volume est supérieur à celui d'une tête d'adulte. Celles des organes génitaux (fibrômes utérins, kystes et tumeurs malignes de l'ovaire) nous sont connues, car elles ont été étudiées au chapitre IX, aussi je me bornerai ici à établir le diagnostic différentiel avec les tumeurs qui peuvent les simuler et induire en erreur dans leur diagnostic.

Je procéderai au diagnostic des grosses tumeurs abdominales en me conformant au plan que voici :

I. Pseudo-tumeurs :

1. Péritonite.
2. Tympanisme.
3. Ascite.
4. Adiposité.
5. Tumeurs fantômes.

II. Tumeurs vraies :

Eliminer.	{ Rétention d'urine.
	{ Grossesse.

a. Tumeurs ascendantes :

1. Grossesse extra-utérine.
2. Fibrômes utérins.
3. Kystes de l'ovaire et du parovarium.
4. Tumeurs malignes de l'ovaire.

b. Tumeurs descendantes :

1. Reins : hydronéphrose.
2. Foie : hydropisie de la vésicule et kystes hydatiques.
3. Rate : hypertrophie.
4. Pancréas : kystes.

c. Tumeurs stationnaires :

1. Paroi abdominale : kystes hydatiques.
2. Péritoine : kystes hydatiques.
3. — péritonite partielle.
4. — hydropisie enkystée.

I. — PSEUDO-TUMEURS

J'englobe sous ce titre les divers états pathologiques qui, augmentant le volume de l'abdomen, peuvent simuler une tumeur de cette cavité.

1. Péritonite.

AIGÜE. — Douleurs abdominales vives. Nausées et vomissements. Tension uniforme de l'abdomen, douloureuse spontanément et à la pression. — Fièvre. — Etat général grave.

CHRONIQUE. — (Le plus souvent de nature tuberculeuse ou cancéreuse.) Douleurs abdominales sourdes : alternatives de constipation et de diarrhée. Météorisme et ascite ; empatement de l'abdomen, parfois limité de préférence à certaines régions, telles que l'ombilic ou l'hypogastre. — Fièvre et cachexie.

2. Tympanisme. — Distension de l'intestin par des gaz. — Sonorité généralisée à la percussion.

3. Ascite. — Accumulation de sérosité dans la cavité péritonéale. — Matité dans les régions déclives de l'abdomen s'arrêtant à une ligne horizontale (fig. 374 et 573, p. 564), et se déplaçant avec les changements de position de la malade. Sensation de flot à la percussion.

4. Adiposité. — Chez les personnes obèses la paroi abdominale et l'épiploon sont parfois infiltrés d'une telle quantité de graisse qu'on peut soupçonner à tort l'existence d'une tumeur abdominale, et lorsque cette tumeur existe, on est considérablement gêné pour en pratiquer l'exploration. La palpation attentive, pratiquée au besoin sous l'anesthésie, et ne laissant percevoir les contours d'aucune tumeur, conduira au diagnostic de l'adipose.

5° Tumeurs fantômes. — Il a déjà été question des tumeurs fantômes, erreur causée par la contracture hystérique des muscles abdominaux. Le chloroforme dissipe tous les doutes.

II. — TUMEURS VRAIES

Toutes les fois qu'on doit procéder au diagnostic d'une tumeur abdominale, il ne faut pas omettre de penser tout d'abord à la *rétenion d'urine* et à la *grossesse*.

La rétention d'urine se juge par le cathétérisme.

La grossesse, quand elle est assez avancée, se reconnaît aux signes de certitude :

- Ballotement abdominal ;
- Sensation des mouvements fœtaux ;
- Bruits du cœur du fœtus ;
- Audition des mouvements fœtaux ;
- Ballotement vaginal ;
- Sensation directe d'une partie fœtale ou de l'œuf.

Dans les premiers temps, le diagnostic, n'étant éclairé par aucun signe de certitude, peut être difficile. La suppression des règles, les phénomènes sympathiques, la consistance du corps de l'utérus, donneront, en général, une probabilité assez grande ; en cas de doute, l'expectation est d'un heureux secours, la grossesse avec le temps devenant de plus en plus nette.

La rétention d'urine et la grossesse étant éliminées, les grosses tumeurs de l'abdomen peuvent être divisées, au point de vue du diagnostic, en trois catégories :

Les *ascendantes*, qui, partant d'un des organes du petit bassin, montent petit à petit dans la cavité abdominale dans la direction du diaphragme ;

Les *descendantes*, dont le point de départ est un des organes voisins du diaphragme : foie, reins, rate, pancréas et dont l'évolution se fait en sens contraire.

Enfin les *stationnaires*, qui, nées vers la partie moyenne de l'abdomen, se développent sur place, envahissant tout autour d'elles la cavité abdominale.

Étudions en détail chacune de ces variétés.

a. TUMEURS ASCENDANTES

1° *Grossesse extra-utérine*. — La grossesse extra-utérine ne pourra donner le change avec une volumineuse tumeur de l'abdomen que dans la deuxième moitié de son évolution, alors que les signes de certitude de la grossesse ont paru. La gestation est alors facile à reconnaître ; la question est de savoir si elle est intra ou extra-utérine. Je renvoie à cet égard au chapitre de la grossesse ectopique (chap. VIII).

2° *Fibromes utérins*. — Voir, au chapitre IX, les signes caractéristiques de ces tumeurs, soit simples, soit kystiques.

3° *Kystes de l'ovaire et du parovarium*. — Ces tumeurs ont été étudiées au chapitre IX.

4° *Tumeurs malignes de l'ovaire*. — Voir également le chapitre IX.

b. TUMEURS DESCENDANTES

1° *REINS : Hydronéphrose*. — Tumeur tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, s'établissant progressivement, parfois avec des intermittences, coïncidant avec des accès de polyurie. L'hydronéphrose, quand elle est volumineuse, pourrait surtout être confondue avec un kyste de l'ovaire, les éléments du diagnostic différentiel sont les suivants :

KYSTE DE L'OVAIRE	HYDRONÉPHROSE
Tumeur ascendante dans son évolution.	Tumeur descendante.
Accroissement ordinairement progressif.	Accroissement parfois intermittent.
Accessible par le toucher vagino-rectal et déviant l'utérus.	Ordinairement inaccessible par le toucher vagino-rectal.
Ponction : liquide ne contenant aucun des éléments de l'urine.	Liquide contenant parfois les éléments de l'urine.
Matité (fig. 650).	Matité (fig. 651).
Dernière ressource : laparotomie exploratrice.	

2° *FOIE : Hydropisie de la vésicule biliaire. Kystes hydatiques*. — L'hydropisie de la vésicule biliaire peut exceptionnellement prendre un volume

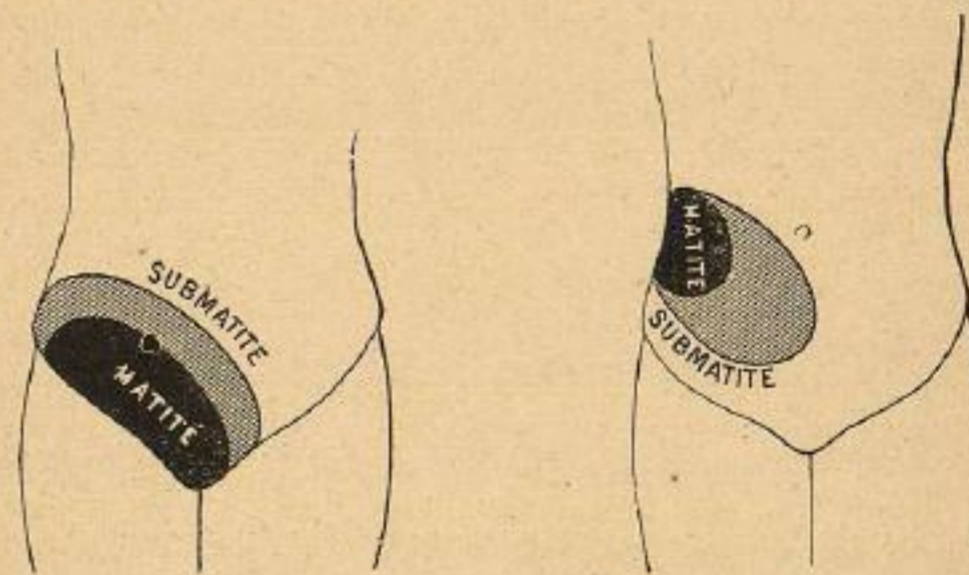


Fig. 650. — Matité du kyste de l'ovaire.

Fig. 651. — Matité de l'hydronéphrose.

tel qu'elle occupe la plus grande partie de l'abdomen. Le diagnostic, en pareil cas, devient embarrassant avec un kyste de l'ovaire.

Voici les principaux signes différentiels :

KISTE DE L'OVAIRE

Tumeur ascendante.
Tumeur adhérente aux organes génitaux.
Pas de variation à la pression.

Matité ayant son maximum vers la région pelvienne.
Ponction : liquide ne contenant aucun des éléments de la bile.

Ressource ultime : ponction exploratrice.

Les kystes hydatiques du foie pourraient exceptionnellement être confondus avec une tumeur pelvienne, mais la tumeur sera le plus souvent nettement rattachée au foie.

3° RATE : *Hypertrophie et kystes hydatiques.* — L'hypertrophie de la rate devient parfois considérable; Thornton¹ en a cité un exemple où la tumeur allait du rebord des fausses côtes au bassin, et dont le diagnostic ne put se faire qu'après laparatomie. La tumeur constituée en pareil cas par la rate est dure, égale, lisse, et présente un bord tranchant qui est en quelque sorte pathognomonique. Les causes habituelles de cette hypertrophie sont la leucémie (que l'hypertrophie soit la cause ou l'effet de cet état) et la malaria.

Un volumineux kyste hydatique de la rate en imposera exceptionnellement pour un kyste ovarien.

4° PANCRÉAS : *Kystes.* — Les kystes du pancréas peuvent être hydatiques ou simples. Ces derniers, ordinairement produits par la rupture d'un anévrysme intra-glandulaire, arrivent parfois à un volume considérable; Bozeman² en a publié un cas où le poids était de 20 livres et demie. La rareté de ces tumeurs me dispense d'insister sur le diagnostic différentiel.

c. TUMEURS STATIONNAIRES

1° PARIÉTAL ABDOMINAL : *Kystes hydatiques.* — Le diagnostic avec un kyste de l'ovaire peut devenir délicat. L'intégrité des organes génitaux, la déformation même de la paroi abdominale, mettront sur la voie du diagnostic.

2° PÉRITOINE : *Kystes hydatiques.* — Les kystes hydatiques sont susceptibles de se développer en tous les points du corps, dans le péritoine comme

¹ Virchow. *Jahrb.*, 1886, t. II, p. 426.

² *Med. Record*, janvier 1882.

en toute autre région. L'analogie est grande avec un kyste multiloculaire de l'ovaire. Toutefois le kyste hydatique n'est pas ascendant comme l'ovarique, les bosselures sont plus accentuées et parfois on sent le frémissement hydatique. Dans les cas douteux, la ponction ou l'incision exploratrice lèveront seules les doutes.

3° *Péritonite partielle.* — Une péritonite partielle, réunissant un paquet d'anses intestinales et formant une tumeur plus ou moins volumineuse, pourrait faire croire à une tumeur d'origine génitale, si les antécédents de la maladie, la douleur locale, la fièvre, l'intégrité des organes génitaux ne venaient le plus souvent lever les doutes.

4° *Hydropisie enkystée du péritoine.* — L'hydropisie enkystée du péritoine est observée en deux circonstances différentes, tantôt à la suite d'une péritonite partielle dont elle devient une complication, tantôt après oblitération de l'hiatus de Winslow, la sérosité s'accumulant dans l'arrière-cavité des épiploons. Dans le premier cas, l'aspect clinique diffère peu de celui d'une péritonite partielle; dans le second, la tumeur est médiane, et occupe surtout la région de l'ombilic; il y a de la sonorité au-dessus du pubis. Les organes du bassin sont indemnes.

IV

ASCITE

1° L'ascite est constituée par l'épanchement de sérosité dans l'intérieur du péritoine.

Le liquide est en général libre dans la séreuse péritonéale; toutefois, en certains cas relativement rares, il peut être enkysté, donnant lieu à une ascite partielle; je n'envisagerai ici que le premier cas, le seul qui nous intéresse dans ce chapitre.

Les symptômes classiques de l'ascite, que je me contente de rappeler, sont les suivants :

Tumescence de l'abdomen, en rapport avec la quantité de liquide épanché.

Exagération de la circulation collatérale, se manifestant par un développement anormal des veines de la paroi abdominale.

À la *percussion* (la femme étant couchée), sonorité dans la région ombilicale et dans la partie la plus saillante de l'abdomen; matité commençant circulairement au niveau d'un plan horizontal et s'étendant jusqu'aux parties les plus déclives du ventre. La matité se déplace d'ailleurs suivant la position de la malade; elle existe vers les points les plus déclives de l'abdomen où se réfugie le liquide, tandis que les régions les plus élevées de