

tumeur qui finissait par se séparer complètement des parties profondes en sept ou huit jours. Le procédé de Girouard a conduit à un autre mode d'application des caustiques, qui, d'abord employé par Salmon et Manoury (de Chartres), a surtout été préconisé par Maisonneuve sous le nom de *cautérisation en flèche*. Dans ce mode opératoire, le chirurgien circonscrit la tumeur par une série de ponctions faites avec le bistouri; puis, dans chaque ouverture ainsi faite, il introduit un morceau de pâte au chlorure de zinc durcie, taillé en pointe, de façon à pouvoir être enfoncé profondément. La tumeur, séparée des tissus sains, se mortifie et se sépare d'elle-même au bout d'un temps variable.

La cautérisation linéaire présente des inconvénients graves; c'est une méthode lente, extrêmement douloureuse, et dans laquelle on n'est pas toujours exactement sûr de ce que l'on fait. Elle expose d'ailleurs à peu près aux mêmes accidents que les autres procédés d'extirpation, et de plus on a vu la perforation de la plèvre produite par une flèche caustique enfoncée trop profondément. Aussi estimons-nous que cette méthode de traitement ne doit être mise en usage que dans des circonstances exceptionnelles, et qu'on doit toujours lui préférer l'extirpation par le bistouri, le thermo-cautère ou le galvano-cautère.

Traitement palliatif. — Lorsqu'une tumeur du sein est jugée inopérable ou lorsque la malade se refuse obstinément à toute opération, le rôle du chirurgien doit se borner à atténuer autant que possible, par l'emploi de palliatifs locaux, les symptômes les plus pénibles. Dans tous les cas, la mamelle sera contenue à l'aide d'un bandage approprié, très-légèrement compressif. S'il existe des douleurs vives, on cherchera à les calmer par des applications narcotiques (opium, belladone, etc.). Dans le cas de tumeurs ulcérées, le traitement local aura surtout pour but de combattre les hémorrhagies et la fétidité des liquides sécrétés. Nous avons dit précédemment que la cautérisation en nappe, pratiquée à l'aide de la pâte au chlorure de zinc, pouvait remplir ces deux indications. Les pansements avec les solutions phéniquée, chloralée, avec la liqueur de Labarraque, permettront d'atténuer la fétidité des sécrétions.

ARTICLE III

VICES DE CONFORMATION DE LA RÉGION MAMMAIRE.

Les difformités congénitales par défaut ou par excès de la région mammaire ne sont pas très-rares et se montrent sur une seule mamelle ou sur les deux à la fois.

On observe assez fréquemment le développement rudimentaire des deux glandes mammaires coïncidant avec un développement imparfait de l'utérus et des ovaires. L'absence complète des deux mamelles

(*amastie*) a été signalée dans des cas d'anomalies du thorax incompatibles avec l'existence.

On a constaté l'absence d'une mamelle chez des sujets chez lesquels le muscle grand pectoral et la partie antérieure des troisième et quatrième côtes faisaient défaut, en sorte que la peau seule fermait le thorax.

Les anomalies par excès (*polymastie, pléiomastie*) sont plus fréquentes et peuvent s'observer chez l'homme. Parfois on a trouvé une mamelle surnuméraire placée latéralement tantôt au-dessous de la mamelle normale, tantôt dans l'aisselle, plus rarement à la région lombaire, sur le dos, sur l'épaule. Dans un cas rapporté par Robert, une mamelle surnuméraire occupait la face externe de la cuisse gauche et donnait du lait.

Lorsqu'il existe deux mamelles surnuméraires, elles occupent généralement la cavité axillaire, comme dans la figure ci-contre, qui représente une femme *tétramare* observée par le docteur Quinquaud (1). Après la parturition, les glandes axillaires, comme les glandes normales, ont sécrété du lait dont on a reconnu les qualités histologiques.

Dans un autre cas mentionné par le docteur Quinquaud et dû à Gallard, les deux mamelles supplémentaires siégeaient au-dessous des deux autres, c'est-à-dire au niveau des derniers cartilages costaux.

Enfin, on a observé trois mamelles supplémentaires, dont deux occupaient l'aisselle et la troisième était située au-dessus de l'ombilic.

En général, les mamelles supplémentaires sont peu développées; cependant on a vu, par l'exemple cité plus haut, qu'elles pouvaient fournir une véritable sécrétion. Dans un cas rapporté par Forster, une mamelle *axillaire* fut atteinte de cancer, tandis que la mamelle normale correspondante était saine.

J'ai observé un exemple de kyste laiteux de la grosseur du poing développé dans une mamelle supplémentaire et qui siégeait presque sur la ligne médiane, un peu au-dessus de la mamelle droite, dont il était

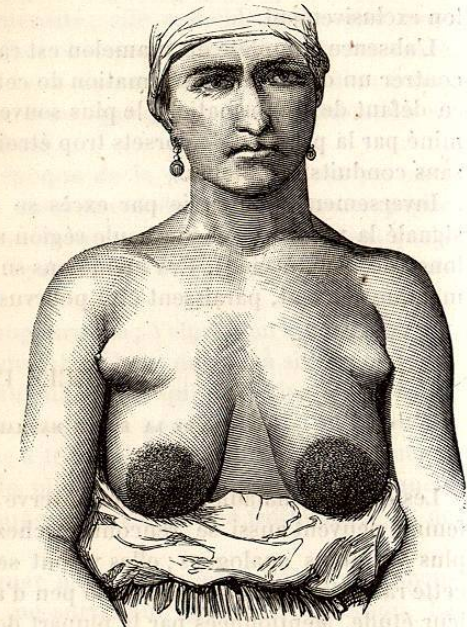


FIG. 97. — Mamelles surnuméraires.

(1) *Revue photographique des hôpitaux*. Janvier 1870.

d'ailleurs absolument distinct. La ponction donna issue à du lait pur. Après une apparente guérison obtenue par une injection iodée, la tumeur s'est reproduite et la malade a refusé de se soumettre à une autre opération.

Les anomalies de la région mammaire portent souvent sur le mamelon exclusivement.

L'absence complète du mamelon est rare; il est plus fréquent de rencontrer un défaut de conformation de cet organe qui est petit, rétracté; ce défaut de conformation, le plus souvent congénital, peut être déterminé par la pression de corsets trop étroits. On a observé des mamelons sans conduits excréteurs.

Inversement l'anomalie par excès se rencontre quelquefois, et on a signalé la présence sur une seule région mammaire de plusieurs mamelons (de deux à cinq). Ces mamelons surnuméraires, auxquels l'aréole manque souvent, paraissent être pourvus de conduits galactophores.

ARTICLE IV

MALADIES DE LA RÉGION MAMMAIRE CHEZ L'HOMME.

Les diverses maladies que l'on observe à la région mammaire chez la femme peuvent aussi se rencontrer chez l'homme avec des caractères plus ou moins analogues; elles y sont seulement moins fréquentes et cette rareté explique sans doute le peu d'attention qu'on a apporté dans leur étude. Mentionnées par la plupart des auteurs classiques, les affections du sein chez l'homme ont fourni dans ces derniers temps le sujet de quelques monographies intéressantes dans lesquelles on trouvera réunies un assez grand nombre d'observations relatives surtout aux tumeurs.

ROBELIN, *Du sein chez l'homme; de ses maladies*, thèse de Paris, 1852. — P. HORTÉLOUP, *Des tumeurs du sein chez l'homme*, thèse de conc., Paris, 1872. — CHENET, *Etude sur le cancer du sein chez l'homme*, thèse de Paris, 1876.

I. Maladies inflammatoires.

Les phlegmasies du sein chez l'homme peuvent occuper le tissu cellulaire sous-cutané, le tissu sous-mammaire ou la glande mammaire. Nous nous bornerons à une simple mention relativement aux phlegmons et abcès du tissu cellulaire sous-cutané et du tissu sous-mammaire; ces deux variétés, d'ailleurs assez rares, ne présentent aucune particularité digne d'être notée. Suivant H. Larrey, les phlegmons et abcès sous-mammaires seraient les plus fréquents.

L'inflammation de la glande mammaire ou *mammite* peut se développer chez les individus du sexe masculin, soit à la naissance (*mammite des*

nouveau-nés), soit au moment de la puberté (*mammite de la puberté*), soit à une époque quelconque de l'âge adulte (*mammite des adultes*). Nous étudierons rapidement ces trois variétés de la mammite chez l'homme.

a. La *mammite des nouveau-nés*, qui a déjà été signalée précédemment, acquiert rarement une grande intensité; elle coïncide avec cette congestion active des mamelles que l'on observe au moment de la naissance chez les enfants des deux sexes et qui s'accompagne parfois d'un écoulement de lait par le mamelon. Dans quelques cas l'inflammation se termine par la formation d'un abcès.

b. *Mammite de la puberté*. A l'époque de la puberté il n'est pas rare d'observer du côté du sein un mouvement fluxionnaire, accompagné d'une légère douleur et d'une tuméfaction notable, qui persistent quelquefois pendant plusieurs mois. Syme a observé un cas où cette mammite durait depuis huit ans.

Rarement elle se termine par suppuration; Velpeau en cite une observation, dans laquelle un abcès survint au bout de cinq à six mois.

c. *Mammite des adultes*. — Cette mammite, qui se distingue des deux précédentes en ce qu'elle ne reconnaît pas pour origine une modification physiologique, se développe à tout âge, mais paraît plus fréquente de vingt à trente ans. Elle est le plus souvent spontanée; dans quelques cas seulement on a pu soupçonner l'action de frottements ou de coups.

Cette mammite se fait remarquer par une douleur tantôt vive et spontanée, tantôt presque nulle et ne survenant que par la pression. La tuméfaction devient parfois considérable, puisque quelques observateurs l'évaluent au volume du poing ou à celui de la mamelle d'une femme qui vient de sevrer. Le mamelon est quelquefois tendu et luisant. Comme dans la mammite des nouveau-nés et des adolescents, on a signalé dans quelques cas un écoulement blanchâtre par le mamelon; les ganglions axillaires sont quelquefois engorgés.

La durée de la mammite des adultes est généralement longue; on l'a vue persister six semaines, trois mois, six mois, un an; mais lorsqu'elle est convenablement traitée, la terminaison paraît plus rapide. Suivant Horteloup la résolution serait la règle et la suppuration n'aurait jamais été notée.

II. Tumeurs.

L'étude des tumeurs du sein chez l'homme est encore très-incomplète et il est à peu près impossible, dans l'état actuel de la science, d'en présenter une description méthodique. La plupart des observations manquent de détails anatomiques suffisants pour qu'il soit permis de ranger chacune d'elles dans telle ou telle classe de tumeurs.

Nous nous bornerons donc à mentionner brièvement les principales tumeurs qui ont été signalées, sans tenter d'établir un parallèle impos-

sible avec les tumeurs analogues chez la femme. Ce sujet exige de nouvelles recherches et des examens microscopiques très-minutieux. Nous consacrerons, en terminant, quelques pages à l'étude de l'hypertrophie des mamelles chez l'homme, qui constitue plutôt une difformité qu'une véritable tumeur.

a. Nous ne dirons rien des *tumeurs gommeuses*, dont Verneuil et Lancereaux ont observé des exemples chez l'homme.

b. Relativement aux *kystes*, qui semblent d'ailleurs assez rares, nous manquons de renseignements sur leur pathogénie; dans les quelques exemples qui ont été publiés, il s'agissait de *kystes séreux* (Velpeau et Arnott). Horteloup rapporte, d'après Th. Anger, l'observation d'un kyste multiloculaire, à contenu séro-sanguin, présentant à sa surface interne de nombreuses végétations. Il est vraisemblable que ces kystes sont d'origine glandulaire et se développent ici comme dans la mamelle de la femme. Il y aurait lieu néanmoins d'étudier le mode de formation de ces kystes dans la glande mammaire de l'homme.

Signalons encore un cas de *kyste laiteux* rapporté par Velpeau, et un fait consigné dans la thèse d'Horteloup sous le nom de *kyste sébacé* et emprunté à Burrgræve (de Gand). Il est probable qu'il s'agissait d'un kyste *dermoïde*, mais les détails de l'observation ne sont pas assez explicites pour qu'il soit permis de se prononcer.

c. Les faits relatifs à des *adénomes*, à des *fibromes*, rencontrés dans la mamelle de l'homme sont encore plus incomplets au point de vue de la structure anatomique.

d. J'ai observé deux cas de *sarcomes* du sein chez l'homme. Ils se présentaient avec leurs caractères cliniques ordinaires. Dans le premier cas, il s'agissait d'un *sarcome nucléaire*, non ulcéré. La peau était très-légèrement adhérente à la partie la plus saillante de la tumeur. L'ablation par le bistouri donna une guérison complète qui ne s'était pas démentie six ans après l'opération. Chez le second malade, la tumeur constituée par un *sarcome fasciculé* était largement ulcérée. L'ablation fut également suivie de guérison. Mais je n'ai pas revu le malade.

e. On trouvera dans la thèse de P. Horteloup quelques exemples d'*épithéliome* du sein chez l'homme. La nature épithéliomateuse de ces tumeurs n'est pas douteuse, d'après l'examen histologique fait par Cornil et par le professeur Robin; mais il est impossible de décider si ces épithéliomes du sein ont pris naissance dans la peau ou dans la glande mammaire. Cependant, sur une pièce présentée à la *Société anatomique* par Bernadet, Cornil semble avoir reconnu l'origine de l'épithéliome dans les glandes de la peau.

f. Le *carcinome vrai* du sein paraît se présenter presque exclusivement sous la forme de *squirrhe*. Lannelongue (1), Doutrelepont (2) ont observé

(1) Thèse de P. Horteloup.

(2) *Revue des sciences médicales de Hayem*, 1874, p. 265.

deux exemples de *squirrhe pustuleux disséminé*. Horteloup rapporte d'après Ollier, un cas de *squirrhe en cuirasse* et d'après Cooke un exemple de *squirrhe atrophique*. Enfin, on trouvera dans la thèse de Chenet une belle observation de *cancer mélanique*. Les faits les plus fréquents ont trait au *squirrhe globuleux*.

Mais pour le cancer comme pour les autres variétés de tumeurs du sein chez l'homme, les détails d'anatomie pathologique font défaut le plus souvent, et il est impossible de faire le moindre rapprochement avec les tumeurs analogues chez la femme. Ainsi, dans un cas emprunté à la *Revue photographique* de 1871, dont nous reproduisons le dessin, afin de montrer l'apparence de ce cancer ulcéré et son analogie parfaite avec ce que l'on observe chez la femme, l'examen microscopique révéla les caractères histologiques du *carcinome alvéolaire*; mais cet examen ne saurait élucider la question du point de départ des lésions morbides dans la peau ou dans la glande.

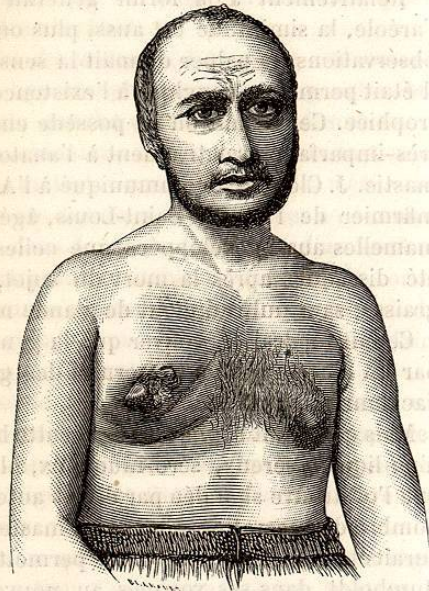


FIG. 98. — Cancer ulcéré du sein chez l'homme.

III. Hypertrophie (Gynécomastie).

Le développement exagéré d'un ou des deux seins, sans tumeur proprement dite, s'observe parfois chez des individus du sexe masculin, et cette anomalie a été désignée sous le nom de *gynécomastie*, qui exprime la ressemblance de ces mamelles hypertrophiées avec les mamelles normales de la femme.

On trouvera dans la thèse de P. Horteloup un certain nombre de faits se rapportant à cette singulière affection dont l'histoire est encore loin d'être connue.

C'est généralement au moment de la puberté que les mamelles commencent à se développer; parfois il semble que le début remonte à l'enfance; enfin la gynécomastie peut survenir à tout âge, et Villeneuve (1) cite le cas d'un homme de soixante ans, chez lequel l'hypertrophie des mamelles se montra vers l'âge de cinquante ans.

(1) *Diction. en 60 vol.*, art. GYNÉCOMASTIE.

Le volume des seins est nécessairement très-variable, suivant la taille et l'embonpoint du sujet; il égale d'ordinaire le volume du poing et, au dire des observateurs, il rappelle celui des seins d'une jeune fille.

Relativement à la forme générale et à l'aspect du mamelon, de l'aréole, la similitude est aussi plus ou moins parfaite. Dans plusieurs observations, le palper donnait la sensation d'un tissu dur, lobulé, d'où il était permis de conclure à l'existence d'une glande mammaire hypertrophiée. Cependant on ne possède encore aujourd'hui que des notions très-imparfaites relativement à l'anatomie pathologique de la gynécomastie. J. Cloquet a communiqué à l'Académie de médecine le cas d'un infirmier de l'hôpital Saint-Louis, âgé de soixante ans, qui avait les mamelles aussi développées que celles d'une femme. Les seins ayant été disséqués après la mort du sujet, on n'y trouva qu'un amas de graisse, sans nul rudiment de glande mammaire.

Ce fait tendrait à prouver que la gynécomastie, loin d'être constituée par un développement anormal des glandes mammaires, serait due à l'accumulation de la graisse.

Mais comment expliquer, dans cette hypothèse, l'issue par le mamelon d'un liquide séreux, séro-muqueux, blanchâtre, comparable à du lait, que l'on trouve signalée par divers auteurs? On a même cité un certain nombre d'observations de gynécomastes chez lesquels la sécrétion lactée aurait été suffisante pour leur permettre d'allaiter des enfants. A. de Humboldt, dans ses voyages au nouveau continent, parle d'un laboureur qui aurait nourri son fils avec son lait. D'autres faits analogues ont été rapportés. Cependant nous devons dire que chez un gynécomaste récemment observé par Cliquet (1), dans le service de Lacassagne, il fut impossible, à la suite d'irritations artificielles prolongées pendant deux mois, d'obtenir autre chose que l'issue par le mamelon d'un liquide peu abondant, renfermant quelques débris épithéliaux et des urates. D'autre part, dans deux faits communiqués à Horteloup par Gaillet (de Reims), ce chirurgien put constater par le microscope la structure glandulaire de mamelles hypertrophiées, chez deux individus à qui il avait pratiqué la castration.

De nouvelles recherches sont donc nécessaires pour établir la nature des lésions anatomiques qui constituent la gynécomastie.

Relativement à la pathogénie de cette affection, il reste également plusieurs points à élucider. Il semble démontré aujourd'hui que, dans la plupart des cas, la gynécomastie est liée à l'atrophie des organes génitaux, soit congénitale, soit accidentelle.

Chez plusieurs individus à grosses mamelles, on a trouvé la verge, les testicules réduits à un petit volume; cette disposition datait de l'enfance et paraissait congénitale; chez ces sujets, il n'y avait ni appétit

(1) *De l'état de la glande mammaire consécutif à l'atrophie testiculaire* (Tribune médicale, 4 novembre 1877).

vénérien, ni érection, ni éjaculation; parfois la gynécomastie unilatérale coïncide avec l'atrophie testiculaire du même côté. Le professeur Gubler a pu constater ce fait plusieurs fois, et à la vue d'un malade qui avait la mamelle gauche plus volumineuse que la droite, il annonça que le testicule correspondant devait être atrophié.

Dans sa thèse *sur les anomalies des testicules*, Ledentu a cité une observation de monorchidie avec hypertrophie mammaire gauche, et il fut constaté que c'était le testicule gauche qui n'était pas descendu.

Dans d'autres cas, l'atrophie accidentelle d'un ou des deux testicules, à la suite d'orchites traumatique, métastatique, syphilitique, a été suivie du développement anormal d'un ou des deux seins. Gaillet a communiqué à Horteloup deux exemples dans lesquels l'ablation d'un testicule cancéreux détermina une hypertrophie véritable de la mamelle correspondante. Le chirurgien de Reims put même, ainsi que je l'ai dit, s'assurer par l'autopsie qu'il s'agissait d'une hypertrophie glandulaire, avec sécrétion d'un liquide analogue au colostrum.

Ces faits assez nombreux prouvent qu'il existe manifestement une relation entre l'atrophie des organes génitaux et le développement anormal des mamelles chez l'homme, ce qui d'ailleurs est en rapport avec la loi du développement désignée par Geoffroy Saint-Hilaire sous le nom de *balancement des organes*.

Toutefois il importe de signaler quelques exceptions à cette règle. Bertherand (1) a publié l'observation d'un jeune homme porteur de mamelles volumineuses et qui jouissait de tous les attributs de la virilité. Chez le malade de Lacassagne, observé par Cliquet, mais qui, à la vérité, avait un seul testicule atrophié par suite d'une orchite traumatique, les fonctions génitales s'accomplissaient normalement.

L'histoire de la gynécomastie comprend encore une question intéressante. La plupart des individus atteints de développement anormal des mamelles sont chétifs, d'apparence lymphatique et présentent les allures féminines; les formes extérieures sont arrondies, par suite de la prédominance du tissu adipeux et du faible développement du système musculaire; le visage est blanc, imberbe; la voix a un timbre particulier. Ces modifications dans l'aspect extérieur, dont l'ensemble a été désigné sous le nom de *féménisme*, s'observent aussi bien dans les cas de gynécomastie congénitale et spontanée que dans les cas de gynécomastie accidentelle, survenue à la suite d'une atrophie pathologique d'un ou des deux testicules. Dans un article très-intéressant sur les *Hypertrophies mammaires et les atrophies des testicules à la suite de certaines orchites*, Lereboullet (2) a rapporté un certain nombre d'observations dans lesquelles l'atrophie d'un ou des deux testicules à la suite d'orchite avait été le point de départ du développement des signes

(1) Thèse de P. Horteloup, p. 14.

(2) *Gaz. hebdomadaire*, août, 1877.

extérieurs du féminisme. Cependant on peut citer quelques cas de gynécomasties accidentelles dans lesquels ce dernier caractère n'existait pas.

Il va sans dire que l'on ne possède aucun moyen de traitement pour combattre l'hypertrophie des mamelles chez l'homme. La compression pourrait être essayée au début. Si le poids des mamelles devenait gênant, l'usage d'un corset pourrait être conseillé. L'ablation par l'instrument tranchant, conseillée par Paul d'Égine, ne serait indiquée que dans les cas où le volume des mamelles serait excessif.

CHAPITRE XVIII

MALADIES DE L'ABDOMEN

Bien que les cavités abdominale et pelvienne communiquent largement entre elles et ne forment en réalité qu'une seule et même cavité, limitée en haut par le diaphragme, en bas par le plancher du bassin, il importe cependant, au point de vue chirurgical, d'établir une séparation artificielle entre l'abdomen et le bassin : un plan horizontal passant par le détroit supérieur du bassin constituerait la limite entre les deux cavités.

Nous rappellerons en quelques mots les dispositions anatomiques les plus indispensables à connaître pour le chirurgien relativement : 1° aux parois, 2° à la cavité, 3° au contenu de l'abdomen.

1° *Parois de l'abdomen.* — La *paroi supérieure* est représentée par le diaphragme. Mince et mobile, elle soutient le cœur et les poumons et présente les trois ouvertures qui donnent passage à l'aorte, à l'œsophage et à la veine cave inférieure. La forme de cette paroi permet de comprendre comment une plaie même dirigée horizontalement pourra traverser à la fois la base de la poitrine et l'abdomen.

La *paroi postérieure* est la plus résistante et la plus épaisse ; elle est formée sur la ligne médiane par le rachis, sur les côtés par les fausses côtes et les parties supérieures de l'os iliaque ; ses parties molles sont représentées par les muscles carrés des lombes, les psoas et la masse des muscles sacro-lombaire, long dorsal, et transversaire épineux. Au devant de cette paroi, l'aorte, la veine cave inférieure, le grand sympathique traversent l'abdomen. Le péritoine prend insertion sur cette paroi pour former le mésentère.

Enfin, la *paroi antéro-latérale* est formée latéralement par les muscles larges de l'abdomen : grand et petit oblique, transverse, et par les deux muscles droits, au voisinage de la ligne médiane. Ces muscles sont contenus dans une enveloppe aponévrotique propre par le moyen de laquelle ils viennent tous s'insérer à un raphé fibreux médian : la ligne blanche. Cette paroi présente inférieurement les deux canaux inguinaux

pour les cordons spermatiques ou les ligaments ronds, les deux canaux cruraux pour les vaisseaux des membres inférieurs, et au centre le trajet ombilical. Nous reviendrons plus tard sur la disposition anatomique de ces ouvertures à l'occasion des hernies.

Sur la paroi antéro-latérale se rencontrent des vaisseaux parmi lesquels il importe de signaler l'artère sous-cutanée abdominale, la circonflexe iliaque et surtout la mammaire interne et l'épigastrique. L'*artère mammaire interne*, après avoir parcouru la paroi thoracique, se divise en parvenant à l'abdomen en deux branches : l'une, interne, descend derrière le muscle droit et s'anastomose avec l'épigastrique ; l'autre s'insinue entre les muscles transverse et petit oblique et s'anastomose avec les branches terminales des artères lombaires et intercostales, ce qui établit entre la sous-clavière, la fémorale et l'iliaque externe des communications qui peuvent se développer lorsque le cours du sang est interrompu dans l'aorte. L'*épigastrique* naît de l'iliaque externe, tantôt au niveau de l'arcade crurale, tantôt un peu au-dessus, tantôt un peu au-dessous ; elle croise cette arcade à égale distance de l'épine iliaque et de la symphyse pubienne, puis elle se dirige vers le bord externe du muscle droit qui l'épuise.

2° *Cavité abdominale.* — Sa forme est celle d'un ovale dont l'axe, dirigé de haut en bas, d'arrière en avant et un peu de gauche à droite, serait assez bien représenté par une ligne tirée du centre du diaphragme vers l'épine pubienne droite (Blandin). La grosse extrémité de cet ovale est dirigée en haut.

L'abdomen a été subdivisé en régions secondaires, dans le but de faciliter les descriptions. Cette distinction topographique, bien qu'artificielle, mérite d'être conservée. Les régions dont il s'agit sont au nombre de neuf, séparées par quatre plans dont la projection sur la paroi abdominale antérieure peut être figurée par les quatre lignes suivantes : deux lignes verticales abaissées du milieu de la grande convexité du cartilage de la septième côte ; deux lignes horizontales réunissant, l'une, les points les plus inférieurs des rebords costaux, l'autre les deux épines iliaques antéro-supérieures. Des trois régions supérieures, la médiane constitue l'*épigastre*, les deux autres

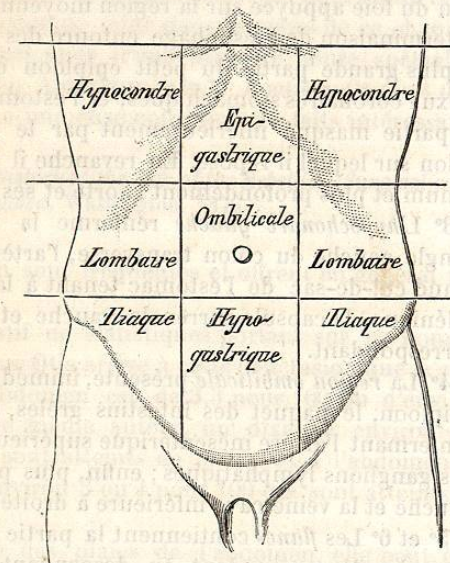


FIG. 99. — Régions secondaires de l'abdomen.