

par conséquent diminue le météorisme, enfin elle concourt peut-être à prévenir la péritonite; on l'administre de deux façons, par la bouche (le malade laisse fondre un fragment de glace dans la bouche), et en applications permanentes sur le ventre (glace concassée et enfermée dans une vessie de porc).

L'électricité peut aussi éveiller les contractions intestinales; Leroy (d'Étiolles) place un pôle dans le rectum et l'autre dans la bouche; cependant, dans maintes circonstances, une contraction énergique pouvant déterminer la déchirure du bout supérieur surdistendu par des matières et par des gaz, il est plus prudent de suivre l'exemple de Jaccoud qui localise l'action électrique sur le bout inférieur en plaçant un des pôles dans le rectum et l'autre sur l'hypogastre.

2° **Calmants.** — Bien qu'on ne connaisse pas d'une façon précise l'importance du rôle joué par le spasme dans le mécanisme de l'occlusion intestinale, on a eu maintes fois l'occasion de constater les bons effets de la médication calmante, de l'opium lui-même qui semblerait devoir agir contre le but que l'on se propose parce qu'il suspend les contractions intestinales (1); mais, en général, on donne la préférence à la *belladone* ou aux injections hypodermiques de *chlorhydrate de morphine*.

3° **Diminuer le météorisme.** — La distension excessive du bout supérieur par les gaz a l'inconvénient de paralyser l'intestin et de gêner considérablement la respiration; il est donc urgent de la diminuer. On atteint ce but d'abord par l'usage de la glace, puis, si ce moyen reste inefficace, par des *ponctions capillaires* faites avec un appareil aspirateur (2).

4° **Intervention chirurgicale. — Entérotomie et gastrotomie.** — Si les divers moyens que nous venons de proposer

(1) C'est là une preuve du rôle joué par l'élément spasmodique. Le Fort attache une grande importance à l'emploi de l'opium dans certains cas d'occlusion intestinale.

(2) Nous recommandons spécialement ces ponctions capillaires: les avantages qu'en retirait depuis si longtemps la médecine vétérinaire eussent dû les faire entrer plutôt dans notre pratique.

restent impuissants, si la lésion n'est pas de nature cancéreuse, s'il n'existe pas de péritonite, il reste une précieuse ressource, c'est l'*intervention chirurgicale*, à laquelle on a trop peu recours. Elle comprend la *gastrotomie*, qui consiste à ouvrir largement l'abdomen pour aller à la recherche du point où siège l'occlusion et dégager l'intestin: moyen très dangereux, incertain et à peu près abandonné; et l'*entérotomie*, qui consiste, sans se préoccuper du siège de l'occlusion, à ouvrir l'intestin au-dessus de l'obstacle, ce qui est facile en raison du relief des anses intestinales du bout supérieur distendues par les gaz, et à le fixer à l'abdomen de façon à créer un anus contre nature.

Le meilleur procédé d'entérotomie est, à notre sens, celui de Nélaton; voici comment il est décrit par cet auteur: « Nous incisons la paroi abdominale à la région droite ou gauche indifféremment, suivant les cas (jusqu'ici nous l'avons toujours incisée à droite), sur le trajet d'une ligne parallèle au ligament de Fallope, un peu au-dessus de cette ligne et en dehors de l'artère épigastrique. Cette incision peut avoir 7 centimètres environ d'étendue dans sa partie superficielle et 4 dans sa partie profonde; elle comprend successivement la peau, la couche cellulaire sous-cutanée, les muscles grand, petit oblique et transverse, le fascia transversalis.

» Arrivés sur le péritoine, nous y pratiquons, en dédolant, une petite ouverture, que nous agrandissons sur la sonde cannelée; on liera les artérioles qui donneraient du sang. Les anses du bout supérieur, très dilatées par les gaz et les matières, seront facilement reconnues et d'ailleurs elles se présentent d'elles-mêmes à l'orifice et tendent à faire hernie.

» Le temps le plus délicat de l'opération est celui de l'*incision de l'intestin*, nous y procédons de la manière suivante:

» L'anse intestinale se présentant d'elle-même à la plaie extérieure, on ne doit pas chercher à la faire sortir au dehors ni à l'inciser tout d'abord. Nous commençons par la fixer à la plaie abdominale par deux points de suture établis aux deux extrémités de l'incision. L'intestin ainsi assujéti est alors perforé au milieu et à distance égale des deux angles de la plaie par une aiguille courbe munie de son fil, lequel traverse ainsi la paroi antérieure de l'intestin de dehors en dedans, puis de dedans en dehors, revient perforer une des lèvres de la plaie abdominale pour sortir à quelques millimètres dans l'épaisseur de cette lèvre: on forme ainsi un point de suture qui comprend dans son anse une partie du calibre de l'intestin et le bord profond de la plaie abdominale. Avec une autre aiguille on en fait autant à la lèvre opposée, mais en faisant passer cette dernière

aiguille par le même point que la première a traversé, pour perforer l'intestin de dehors en dedans; ceci fait, on continue de la même manière les autres points de suture, et c'est seulement lorsqu'on en

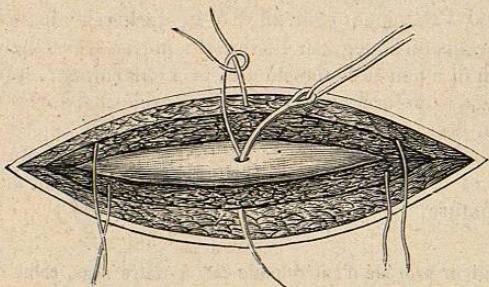


FIG. 47. — 1^{er} temps de l'entérotomie : les parois de l'abdomen ayant été incisées, l'intestin qui vient bomber entre les lèvres de l'incision est fixé par deux points de suture aux deux extrémités de la plaie; une aiguille enfoncée dans sa partie moyenne s'enfonce dans la cavité de l'intestin et ressort dans l'épaisseur de la lèvre correspondante de la plaie; l'anse de fil est coupée et l'aiguille, s'engageant dans le même point de l'intestin, va ressortir dans l'autre lèvre de la plaie.

a fait un nombre suffisant (cinq de chaque environ) que l'on incise l'intestin dans une étendue de 2 centimètres au plus entre les points

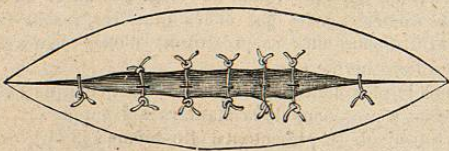


FIG. 48. — 2^e temps de l'entérotomie; les deux points de suture étant placés, on réunit par une incision longitudinale les trous pratiqués par l'aiguille dans l'intestin.

de suture. Les matières ne peuvent ainsi s'échapper au dehors que quand la boutonnière abdominale est dans un contact parfait avec les lèvres de la plaie abdominale, et ne peuvent, par conséquent, tomber dans la cavité du péritoine. »

ASCITE

On donne le nom d'*ascite* à l'accumulation de sérosité dans le péritoine (1).

Pathogénie. — L'ascite peut se produire sous quatre ordres d'influences (2):

1^o *Par obstacles à la circulation de la veine porte.* — Ces obstacles augmentent la tension du sang dans les radicules originelles de cette veine, et ce surcroît de tension produit la ranssudation des parties les plus fluides du sang, c'est-à-dire de la sérosité. Or, les principales origines de la veine porte se trouvant dans l'intestin, il en résulte qu'une partie de la sérosité est évacuée sous forme de diarrhée et *une autre s'accumule dans le péritoine pour former l'ascite.*

Les entraves à la circulation de la veine porte sont créées soit par les *maladies du foie* (cirrhose, cancer, kystes), par les maladies de la rate, du pancréas, des ganglions mésentériques, soit par l'*inflammation* de la veine porte, soit par les *maladies du cœur*; dans ce dernier cas, la veine cave inférieure est la première atteinte et il en résulte un œdème des membres inférieurs; mais la gêne s'étend de proche en proche jusqu'aux veines hépatiques (qui sont un affluent de la veine cave et par suite de la veine porte).

2^o *Par altération du sang.* — Dans ce cas l'ascite coïncide avec un œdème plus ou moins généralisé et avec des hydropisies dans d'autres cavités séreuses; cette ascite s'observe dans le *mal de Bright* et dans d'autres *cachexies*.

3^o *Par altérations du péritoine.* — Elles produisent l'ascite de deux façons différentes: soit par le fait d'une *inflammation*: ainsi, dans toute péritonite, il se fait une accumulation de liquide dans le péritoine, mais ce liquide est plutôt désigné sous le nom d'*épanchement* que sous celui d'*ascite*; soit par le fait de *néoplasmes* développés sur cette séreuse: ainsi les

(1) Le mot ascite vient de *ἀσξίς, outre*, en raison de la ressemblance que présente avec une outre le ventre distendu par de la sérosité.

C'est à tort que l'ascite est décrite dans la plupart des livres de pathologie médicale, car elle est un symptôme et non une maladie spéciale.

(2) Voyez pour les détails l'article consacré aux hydropisies en général.

cancers, les tubercules du péritoine troublent sa circulation au point de déterminer une ascite qui n'atteint pas, il est vrai, les dimensions colossales des ascites mécaniques.

4° *L'ascite peut être idiopathique, c'est-à-dire ne se rattacher à aucune altération saisissable des tissus ou du sang.* Cette forme rare (dont l'existence est même contestée par plusieurs auteurs) a été observée à la suite de *refroidissements* ou de l'ingestion de *boissons glacées*. On a supposé que le froid resserrant les capillaires sur lesquels il est appliqué, le sang est refoulé vers les vaisseaux profonds et les congestionne au point de déterminer l'ascite.

Anatomie pathologique. — L'étude anatomique de l'ascite comprend : 1° l'étude du liquide épanché ; 2° l'étude du péritoine dans lequel se trouve logé ce liquide.

1° *Liquide.* — La quantité de liquide contenue dans le péritoine varie de 1 à 30 litres et même davantage ; ce liquide est transparent, jaune citrin, plus rarement opalescent et légèrement oléagineux ; il contient une assez forte proportion d'albumine, cependant il en contient moins que le sérum du sang dont il présente par ailleurs tous les autres caractères (1).

On n'y trouve de la fibrine que dans deux circonstances : lorsque le péritoine a été enflammé ou lorsque du sang s'est mélangé à la sérosité, ce qui arrive fréquemment lorsqu'il existe un cancer.

2° *Péritoine.* — Le péritoine est blanchâtre, opalin, dépoli ; il a en quelque sorte macéré dans le liquide ascitique. Lorsque l'ascite est produite par une maladie du péritoine, cette membrane présente les traces d'une inflammation aiguë ou chronique, des granulations tuberculeuses, des plaques cancéreuses, etc.

Est-il nécessaire d'ajouter que l'on trouve à l'autopsie les lésions viscérales qui ont engendré l'ascite (maladies du foie, du cœur, du péritoine, etc.)?

(1) La présence de l'albumine distingue le liquide de l'ascite de celui des kystes hydatiques, qui ne donne point d'albumine à l'ébullition et qui offre toujours une transparence parfaite, comparable à celle de l'eau de roche.

D'après F. Gannal, outre l'albumine, le liquide des hydrophisies renfermerait une substance qui lui ressemblerait beaucoup, mais s'en distinguerait par l'action spéciale qu'exerce sur elle le sulfate de magnésie : il la désigne sous le nom d'*hydrophisine*.

Symptômes. — Sauf des cas très exceptionnels, comme l'ascite *a frigore* ou l'oblitération brusque de la veine porte par une phlébite, l'accumulation du liquide dans le péritoine s'effectue d'une façon lente et graduelle. Le malade s'en aperçoit au volume de son ventre qui augmente tous les jours.

Inspection. — S'il est debout, l'hypogastre et les fosses iliaques forment un relief anormal qui disparaît lorsqu'il se couche, mais alors les flancs s'élargissent ; s'incline-t-il sur un des côtés, la saillie du ventre se dessine dans le point le plus déclive : en somme, *le liquide se déplace suivant les lois de la pesanteur.*

Si la quantité de liquide est considérable, le ventre peut dépasser trois ou quatre fois ses dimensions normales, mais il reste étalé et ne devient pas globuleux comme cela s'observe dans la grossesse ou les kystes de l'ovaire ; de plus, on voit la cicatrice ombilicale se soulever et former une petite tumeur molle, fluctuante et transparente.

Percussion. — L'ascite modifie la sonorité du ventre ; ainsi la percussion donne un son mat dans tous les points occupés par le liquide ; la matité est d'autant plus complète que le liquide est plus abondant (1). Lorsque le malade est couché, la matité est à son maximum vers les flancs et l'hypogastre, tandis que les régions ombilicale et épigastrique sont le siège d'une sonorité tympanique due à la présence des intestins qui surnagent à la surface du liquide et viennent se placer dans les points les plus élevés. C'est par une transition graduelle que l'on passe des parties mates aux parties sonores, et en modifiant la position du malade on change la situation respective de la matité et de la sonorité.

La *fluctuation* est un des signes les plus caractéristiques de l'ascite, elle peut même s'accompagner de la *sensation de flot* (2) ; fluctuation et sensation de flot ne sont naturellement per-

(1) Un épanchement très peu abondant peut échapper à la percussion, l'abdomen reste sonore dans toute son étendue ; cependant, en faisant incliner le tronc d'un côté on peut y réunir le liquide et obtenir un peu de matité. Au contraire, une collection considérable détermine une matité complète, car les intestins, entourés par le liquide, sont éloignés de la paroi abdominale.

(2) Il est souvent utile qu'un aide applique le long de la ligne blanche le bord cubital de la main, afin d'arrêter la transmission des ondulations musculaires que l'on pourrait confondre avec celles du liquide. Si le liquide est peu abondant les deux mains qui recherchent la fluctuation doivent être placées à peu de distance l'une de l'autre.

ceptibles que dans les parties mates ; pour cela, une main étant appliquée à plat sur un des côtés du ventre, on frappe légèrement avec l'autre sur le côté opposé, la première reçoit la sensation d'un choc ou d'une ondulation (1).

Symptômes de voisinage. — La peau du ventre est lisse, distendue, parfois œdématisée. Il existe une certaine *gêne respiratoire* par le fait du refoulement du diaphragme ; de la *constipation* par compression des intestins ; une *diminution de la sécrétion urinaire* qui tient moins à la compression des vaisseaux du rein qu'à la déperdition de liquide que l'ascite fait éprouver à l'organisme. Il existe souvent de l'*œdème des membres inférieurs* ; cet œdème tient, soit à la même cause que l'ascite, soit à la compression exercée sur la veine cave inférieure par le liquide épanché dans le péritoine (2).

Marche. — Elle est extrêmement variable suivant les cas : ainsi l'ascite idiopathique, qui est des plus rares, peut guérir en quelques semaines par la résorption du liquide épanché ; les autres ascites suivent les destinées des maladies qui les engendrent : ainsi elles se développent lentement, mais, une fois établies, il est fort rare de les voir rétrograder ; toutefois par le repos, par les purgatifs, par les diurétiques on peut conjurer pendant longtemps leur grand développement, et cela malgré l'état stationnaire de la maladie qui les produit.

Lorsqu'on évacue le liquide par une *ponction*, il se reproduit à peu près constamment, mais plus ou moins vite suivant la cause qui le produit.

Diagnostic. — Il comprend deux points : A. Reconnaître l'ascite ; — B. déterminer sa cause.

(1) Il est encore d'autres moyens de percevoir la fluctuation : la main gauche étant appliquée sur l'abdomen, frappez obliquement avec l'index du côté droit la surface du ventre, etc.

Michel Lévy a fait connaître un autre signe qui existerait même dans les épanchements peu abondants, c'est le *cercle ondulatoire* qui parcourt instantanément la paroi abdominale, quand elle est percutée brusquement par le doigt, cercle semblable à celui qui produit un caillou jeté dans l'eau.

(2) Lorsque la tunique vaginale communique avec le péritoine, il survient une hydrocèle qui se distingue de l'hydrocèle ordinaire en ce que, dans la position horizontale ou par la simple pression, le liquide reflue dans l'abdomen ; généralement dans ce cas les diverses tuniques du scrotum sont infiltrées de sérosité.

A. **Reconnaître l'ascite.** — Nous avons déjà indiqué les signes auxquels on reconnaît l'ascite, mais il est plusieurs maladies qui présentent avec elles de nombreux traits de ressemblance et dont il faut mettre en relief les caractères distinctifs ; ces maladies sont : 1° les kystes de l'ovaire ; — 2° la grossesse ; — 3° la vessie distendue.

1° *Kystes de l'ovaire.* — Symptôme d'une affection organique (cirrhose, maladie du cœur, mal de Bright, etc.), l'ascite accompagne leurs autres manifestations ; elle est précédée ou suivie de troubles sérieux dans la santé générale, tandis que les kystes de l'ovaire s'observent chez les femmes dont la santé est souvent parfaite.

Dans l'ascite, le ventre est étalé et l'ombilic très saillant ; dans le kyste, le ventre est globuleux comme dans la grossesse et l'ombilic normal. Dans l'ascite, la percussion donne de la matité dans la région lombaire et de la sonorité au niveau de la région ombilicale ; dans le kyste, les régions lombaire et épigastrique sont sonores, tandis que la partie antérieure de l'abdomen est mate ; de plus, en modifiant la position du malade, on reconnaît que les parties élevées deviennent sonores, et les parties déclives mates, lorsqu'il existe une ascite (car le liquide obéit à l'action de la pesanteur) ; tandis que ces changements ne modifient guère la situation respective de la sonorité et de la matité lorsqu'il s'agit d'un kyste (1).

2° *Grossesse.* — L'utérus gravide forme une tumeur dure, arrondie, globuleuse, occupant la ligne médiane ; à l'auscultation on y entend les bruits du cœur du fœtus, le toucher vaginal permet de constater le ramollissement du col utérin, etc.

3° On a vu la *vessie distendue par l'urine* occuper la presque totalité de l'abdomen, et comme le malade urine par regorgement, on a cru tantôt à une ascite, tantôt à un kyste de l'ovaire ; mais il suffit de pratiquer le cathétérisme pour dissiper toute erreur.

B. **Déterminer la cause de l'ascite.** — L'ascite reconnue, il faut en découvrir les causes.

(1) Malgré ces nombreux caractères différentiels, Cruveilhier, Boinet, West, rapportent de mémorables exemples d'erreur de diagnostic ; il faut donc apporter dans cet examen la plus scrupuleuse attention. Rappelons encore qu'une légère couche d'ascite peut compliquer les kystes.

1° L'ascite liée à une *maladie du foie* n'est pas précédée de l'œdème des membres inférieurs, elle s'accompagne de la dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen; le foie présente les altérations de la cirrhose, du cancer, etc.

2° L'ascite liée à une *maladie du cœur* est précédée de l'œdème des membres inférieurs et du scrotum; de plus, l'auscultation du cœur lève tous les doutes.

3° L'ascite du *mal de Bright* est précédée de l'œdème des paupières et d'autres régions; les caractères de l'urine qui est albumineuse, les troubles de la vue, les douleurs lombaires éclairent le diagnostic.

4° En l'absence de toute lésion viscérale appréciable, surtout si l'ascite s'est développée brusquement, à l'occasion d'un refroidissement, etc., on pourrait penser à une *ascite idiopathique*, mais en réservant son diagnostic, tant cette forme est rare.

5° L'ascite liée à une *maladie du péritoine* peut succéder soit à une inflammation de cette séreuse, dans ce cas elle est précédée de douleurs abdominales, de vomissements, de fièvre, et elle s'accompagne fréquemment d'un bruit de frottement (comparable aux frottements pleuraux); or, cette inflammation est bien rarement primitive, il faut donc rechercher si elle se rattache à la tuberculisation ou à un cancer; la tumeur cancéreuse est souvent reconnaissable à la palpation, sinon son existence ne peut qu'être soupçonnée d'après l'état cachectique du malade (1).

Pronostic. — Les maladies qui produisent l'ascite étant toutes fort graves et à peu près incurables, on conçoit combien est fâcheux le pronostic qu'entraîne la présence de ce symptôme.

Traitement. — Les diurétiques et les purgatifs drastiques constituent le fond de la médication dirigée contre l'ascite; on remarquera que dans les ascites par gêne dans la circula-

(1) L'œdème de la paroi abdominale peut donner lieu à une matité uniforme et générale, mais dans ce cas la pression du doigt produit une empreinte qui ne s'efface que lentement, l'ombilic est profondément déprimé, il n'y a pas de fluctuation; dans certains cas et surtout dans les maladies du cœur l'œdème de la paroi abdominale s'unit à l'ascite.

tion de la veine porte (maladies du foie) les diurétiques sont sans utilité.

Les *diurétiques* les plus usités sont les sels de potasse et surtout le nitrate de potasse à la dose de 1 à 10 grammes dans la tisane de chiendent; la scille en poudre (0,10 à 0,40), en teinture (1 à 4 grammes), en oxymel (8 à 30 gram.), etc.; la digitale en poudre (0,05 à 0,50), en infusion, en teinture, en sirop, etc. (1).

Les *purgatifs* les plus employés sont la scammonée, le jalap, l'aloès, le sirop de nerprun, la gomme-gutte, etc.

Le *régime lacté* aide puissamment l'action des purgatifs et des diurétiques.

De plus, il faut toujours recourir à un régime tonique capable de soutenir les forces épuisées par la transsudation séreuse.

Quelle que soit la cause de l'ascite, si l'*asphyxie est imminente*, il faut pratiquer une ponction vers le milieu de la ligne qui s'étend de l'ombilic à l'épine iliaque, après s'être assuré que cette région est mate et qu'il ne s'y trouve pas de veines volumineuses. Après la ponction et l'évacuation du liquide, la petite ouverture ayant été recouverte d'une croix de Malte en diachylon, on enlève l'abdomen d'un bandage médiocrement serré.

TUMEURS ABDOMINALES

On dit qu'il existe une tumeur dans l'abdomen quand la palpation de cette région y révèle une augmentation de consistance, partielle ou générale (2).

Lorsque la palpation a révélé l'existence d'une tumeur abdominale, il faut déterminer :

- A. Ses caractères actuels;
- B. Les phases passées de son évolution;

(1) Si les voies digestives ne permettent pas l'usage interne de la scille ou de la digitale, on pourrait les employer en applications topiques sur l'abdomen, elles conservent encore ainsi leur action diurétique.

(2) Ainsi, lorsque l'abdomen est distendu par des gaz ou par des liquides, il y a tuméfaction ou intumescence, mais non tumeur, car les gaz ou les liquides n'augmentent pas la consistance de l'abdomen; nous étudions ces divers états dans les articles consacrés à la pneumatose et à l'ascite.

C. Les phénomènes locaux et généraux qui l'accompagnent;

D. Sa nature.

A. **Caractères actuels de la tumeur.** — Ils comprennent :
 1° sa *situation* : la tumeur peut être superficielle, c'est-à-dire développée dans les parois; ou bien elle est profonde, c'est-à-dire logée dans la cavité même de l'abdomen (1); elle correspond à l'une des régions que nous avons indiquées et doit par conséquent faire penser à une maladie de l'organe qui occupe cette région (2).

2° Ses *rappports avec les organes voisins* : le sens dans lequel sont refoulés les intestins peut éclairer sur le point de départ de la tumeur : ainsi, sont-ils refoulés sur les côtés, il y a lieu de croire que cette tumeur est un kyste de l'ovaire, surtout si les limites respectives de la sonorité et de la matité sont peu modifiées par le changement de position du malade; si par la combinaison du palper abdominal et du toucher vaginal vous constatez qu'une tumeur fait corps avec la matrice, il est probable qu'il s'agit d'un myome utérin, etc.

3° Son *volume* : sujet à de très nombreuses variétés, le volume d'une tumeur abdominale renseigne peu sur sa nature, cependant les tumeurs énormes sont toujours des kystes, des cancers ou des fibromes; ainsi limité, le diagnostic s'établit plus aisément d'après les phénomènes concomitants.

4° La *forme* de la tumeur est un peu plus significative : ainsi les tumeurs cancéreuses, fibreuses, sont en général bosselées et irrégulières; les productions morbides de l'épiploon ont la forme de plaques, les kystes de l'ovaire sont globuleux, etc.

5° La *consistance* d'une tumeur ne peut toujours être appréciée d'une façon exacte, ce qui est fâcheux, car elle fournit d'assez précieux renseignements sur sa nature; ainsi l'extrême dureté appartient aux tumeurs fibreuses ou squirrhueuses, la friabilité et l'état pâteux sont propres aux tumeurs stercorales, la sensation de flot révèle une tumeur liquide, le frémissement est spécial aux tumeurs hydatiques, les pulsations aux tumeurs anévrysmales.

(1) Ces dernières seules méritent vraiment le nom de tumeurs de l'abdomen.
 (2) Rappelons que la mobilité de certains organes de l'abdomen peut, d'un moment à l'autre, faire varier la situation des tumeurs dont ils sont le siège.

6° Les tumeurs abdominales sont *mates*, car les solides ou les liquides donnent de la matité et l'accumulation de gaz dans l'intestin constitue la pneumatose qui n'est point classée parmi les tumeurs.

7° Certaines tumeurs éprouvent en peu de temps des *modifications profondes* : ainsi elles peuvent en quelques jours diminuer de la moitié de leur volume; de semblables changements aussi rapidement accomplis indiquent que la tumeur était simplement de nature congestive ou qu'elle était formée par une accumulation de gaz ou de matières dans l'intestin, ou encore qu'il s'agissait d'un kyste qui s'est ouvert et vidé dans un des organes creux de l'abdomen.

8° Le *nombre* des tumeurs doit être déterminé, car les tumeurs multiples étant ordinairement diathésiques, le diagnostic se trouve circonscrit entre le cancer et les tubercules (cancer), bien plus rarement les kystes hydatiques.

9° *Maladies concomitantes.* — La nature d'une tumeur sera souvent reconnue moins par ses caractères particuliers que par les phénomènes qui l'accompagnent, et les autres manifestations morbides que présente le malade. Vous avez par exemple reconnu une hypertrophie du foie; or, si votre malade est tuberculeux il y a lieu de croire que le foie est atteint de dégénérescence graisseuse ou amyloïde; s'il a une affection cardiaque, l'augmentation de volume du foie se rattache à la gêne de circulation (cirrhose cardiaque), etc.

B. **Phases passées de son évolution.** — Lorsqu'on a pu assister au début d'une tumeur abdominale et en suivre les progrès, on trouve dans cette connaissance de son évolution les plus précieux renseignements sur sa nature; si, comme cela a lieu d'ordinaire, la tumeur a déjà un certain âge lorsque vous la voyez pour la première fois, que le malade vous fasse un récit détaillé de toutes ses sensations, de toutes ses remarques, qu'il vous renseigne sur le lieu où la tumeur s'est d'abord montrée, sur la direction qu'elle a prise, sur le plus ou moins de rapidité de sa marche, etc. Ainsi, d'une façon générale, les tumeurs du foie, de la rate et de l'estomac occupent d'abord l'étage supérieur de l'abdomen, elles ne descendent que lorsque leur volume s'accroît; les tumeurs des organes pelviens (utérus, ovaire) se développent dans l'étage inférieur et s'élèvent progressivement; les tumeurs de l'intestin, de l'épiploon, des reins se forment dans l'étage moyen.

La durée de l'évolution est fertile en renseignements : la tumeur s'est-elle produite en quelques jours, elle consiste en une congestion, une phlegmasie ou en une rétention de produits excrémentitiels (urine, matière fécale, bile, etc.).

ÉTUDE DES TUMEURS ABDOMINALES PRISES EN PARTICULIER

Il est assez difficile de classer les tumeurs de l'abdomen. Nous venons de voir, en effet, qu'elles diffèrent par leur siège, leur forme, leur consistance, leur volume, etc.; au point de vue clinique on pourrait les classer soit d'après leur nature, soit d'après l'organe qui en est le siège; la première base de classification est peut-être plus générale, mais la seconde se prête mieux à la description.

Tumeurs abdominales classées d'après leur nature :

Kystes et tumeurs par rétention de produits excrémentitiels.....	}	Kystes de l'ovaire.
		Kystes hydatiques du foie.
		Kystes hydatiques des reins.
		Hydronéphrose.
		Tumeurs stercorales.
Tumeurs phlegmasiques.....	}	Dilatation de la vessie.
		Dilatation de la vésicule biliaire.
		Dilatation de l'utérus.
		Phlegmons de la fosse iliaque.
		Phlegmons des ligaments larges.
Hypertrophies et congestions.	}	Abcès par congestion.
		Abcès hépatiques.
		Ovarite.
		Péritonites partielles.
		Rate.
Cancers.....	}	Foie.
		Utérus.
		Ganglions mésentériques de l'estomac.
		du foie.
		de l'intestin.
Tumeurs fibreuses.....	}	du pancréas.
		de l'épiploon.
Tumeurs tuberculeuses.....	}	de l'utérus.
		Utérus, etc.
		des ganglions mésentériques (carreau).

Déplacements.....	}	Reins flottants.
		Grossesses extra-utérines.
Tumeurs sanguines.....	}	Anévrismes de l'aorte.
		Anévrismes de l'artère iliaque.
		Hématocèles rétro-utérines.

Tumeurs abdominales étudiées d'après l'organe qui en est le siège.

TUBE DIGESTIF ET ANNEXES. — Estomac. — Le **cancer** est à peu près la seule maladie de l'estomac donnant lieu à la production d'une tumeur; cette tumeur n'existe pas toujours (elle manquerait vingt fois sur cent d'après Brinton); parfois, surtout lorsqu'il s'agit d'un squirrhe, les tuniques de l'estomac sont infiltrées par les éléments cancéreux, ce qui augmente la rigidité de leurs parois à tel point que cet organe se dessine à travers la paroi abdominale, mais ne la soulève pas comme le ferait une tumeur.

Lorsque la tumeur existe réellement, elle est difficile à sentir si elle occupe la face postérieure de l'estomac, le cardia ou la petite courbure; ces réserves faites, voici quels sont les caractères sous lesquels se présentent d'ordinaire les tumeurs cancéreuses de l'estomac

La tumeur occupe le creux épigastrique, elle est irrégulière ou inégale et bosselée, plus ou moins dure, tantôt fixe, tantôt mobile et se déplaçant sous la main ou sous l'influence des variations de volume par lesquelles passe l'estomac (1); mais en général sa situation est peu influencée par les mouvements du diaphragme; parfois elle présente des battements isochrones au pouls (ils tiennent à la pression que la tumeur exerce sur l'aorte); la percussion de la tumeur donne de la submatité plutôt qu'une matité complète, enfin elle est légèrement sensible à la pression (2).

Le creux épigastrique peut être le siège d'autres tumeurs qu'il s'agit de distinguer du cancer de l'estomac; ce sont d'a-

(1) Elle s'abaisse lorsque l'estomac est rempli d'aliments, s'élève lorsqu'il est vide.

(2) Rappelons encore que la pression détermine souvent une contraction énergique des muscles droits; pour rendre l'exploration possible, il faut donc faire fléchir les cuisses et procéder avec une grande douceur.