

bord : 1° une *tumeur du lobe gauche du foie*, cancer ou kyste ; mais la tumeur du foie s'étend à droite, elle suit les mouvements du diaphragme, elle offre une matité absolue, il a pu se développer un ictere précoce ; enfin les troubles fonctionnels sont différents.

2° Un *anévrisme de l'aorte* présente des battements, des bruits de souffle, le pouls de l'artère fémorale est plus faible que celui de la radiale, il est vrai qu'une tumeur de l'estomac comprimant l'aorte peut être soulevée d'une façon isochrone au pouls et déterminer des bruits de souffle ; mais l'anévrysme possède des mouvements d'expansion, tandis que le cancer est soulevé en masse, de plus l'état général fournit de précieux renseignements.

3° Le *cancer du pancréas* peut offrir la plupart des caractères du cancer de l'estomac, dont il est très difficile à distinguer, cependant le ptyalisme et les selles graisseuses lui appartiennent en propre.

4° L'*ulcère simple de l'estomac* peut, par exception, provoquer autour de lui un épaississement du péritoine et des fibres musculaires, capable de donner la sensation d'une tumeur ; mais la durée de la maladie, le caractère des douleurs dissipent les doutes (pour plus de détails, voyez mon *Manuel de path. int.*, 3° édition, p. 257). Aux caractères physiques de la tumeur stomacale viennent se joindre des troubles fonctionnels caractéristiques, les douleurs, les vomissements de matières noires et les signes de cachexie.

Foie et vésicule biliaire. — Certaines maladies du foie donnent lieu à la production de tumeurs, ce sont le cancer, les kystes hydatiques, les congestions et les abcès ; elles occupent en général l'hypochondre droit, mais peuvent s'avancer dans le creux épigastrique et descendre plus ou moins dans l'abdomen.

Le **cancer du foie** donne bien plus rarement lieu que le cancer de l'estomac à la production de tumeurs ; il n'est cependant pas rare de constater que le foie a augmenté de volume, il descend notablement au-dessous des fausses côtes, et par la palpation on y distingue des bosselures irrégulières, tantôt dures, tantôt assez molles.

Le diagnostic d'avec les kystes ou les simples états conges-

tifs s'établira plutôt par l'ensemble des phénomènes présentés par le malade que par les signes locaux : ainsi le malade deviendra *cachectique*, et ce seul caractère distingue le cancer du foie des autres tumeurs de cet organe, car les hémorrhagies, l'ictère, l'ascite, les douleurs (en général sourdes), les vomissements, sympathiques ou par compression, sont des phénomènes communs à un grand nombre de maladies du foie.

Les **kystes hydatiques** sont plus fréquents dans le foie que dans tout autre organe ; inaperçus à leur début, ils n'appellent l'attention que lorsque par leur volume ou par la compression d'organes voisins ils deviennent l'occasion d'une gêne plus ou moins grande ; l'augmentation de volume du foie peut être générale et acquérir des proportions colossales, les côtes sont déjetées en dehors, le foie remonte très haut dans la poitrine et descend très bas dans l'abdomen, mais souvent la tumeur est partielle (1).

Quels que soient leur forme et leur volume, ces kystes sont souples, élastiques, presque fluctuants ; dans des cas fort rares, le doigt qui les percute a la sensation d'un frémissement vibratoire comparable à celui que l'on obtient en frappant sur un sommier : c'est le *frémissement hydatique* découvert par Briançon ; ce frémissement, qui tient sans doute à la collision des vésicules flottantes dans le liquide de la poche, est pathognomonique, mais il est fort rare.

Le kyste peut donner lieu à des troubles de voisinage (troubles digestifs, ascite, dyspnée, ictere, etc.).

Leur diagnostic peut offrir de sérieuses difficultés : peu volumineux et profondément placés, ils passent souvent inaperçus ; circonscrits et bosselés, ils ressemblent à une tumeur cancéreuse ; très développés, ils peuvent faire croire à un kyste de l'ovaire ; dans d'autres cas on se demande si l'abaissement du foie ne tient pas à un épanchement pleurétique du côté droit, et cette difficulté peut se présenter à l'égard de toute tumeur hépatique (2).

(1) Frerichs a remarqué que les kystes développés sur la face intérieure du foie prennent souvent une forme pédiculée.

(2) Chez les femmes, dont la base du thorax est habituellement serrée par un corset, le foie s'abaisse et éprouve un mouvement de bascule par lequel sa face supérieure devient antérieure et déborde notablement le rebord des côtes ; il suffit d'être prévenu de cette disposition.

Pour élucider la question on remarquera : 1^o que le foie hypertrophié s'élève rarement dans le thorax, aussi lorsque la matité remonte très haut il y a lieu de croire à un épanchement pleurétique; 2^o cependant un kyste hydatique peut se développer sur la face convexe du foie et s'élever dans le thorax, auquel cas le signe précédent sera sans valeur; mais dans le cas de kyste la matité s'étend souvent plus sur la paroi antérieure du thorax, qu'en arrière, ce qui est l'inverse dans les épanchements pleurétiques; la ligne supérieure de la matité s'abaisse au moment de l'inspiration lorsqu'il existe un kyste, car le centre phrénique qui le recouvre se contracte et s'abaisse en ce moment; tandis que cette ligne reste mobile dans le cas d'épanchements pleurétiques, puisque la compression exercée par cet épanchement sur la moitié droite du diaphragme le tient constamment abaissé.

Tuméfaction du foie. — L'augmentation de volume du foie peut se montrer dans d'autres circonstances, et bien qu'il n'y ait pas dans ces cas de tumeur à proprement parler, cependant c'est ici qu'il convient d'établir le diagnostic de ces divers états; ceux qui déterminent l'augmentation de volume la plus prononcée sont les congestions par stase sanguine, les hépatites suppurées, les dégénérescences graisseuse et amyloïde.

La *congestion du foie* s'observe dans le cours des maladies du cœur qui entravent la circulation de la veine cave inférieure, et par suite celle des veines hépatiques; lors donc que, chez un malade atteint d'une affection cardiaque, vous constatez que le foie descend notablement au-dessous des côtes, vous saurez à quoi attribuer cette congestion.

Les *hépatites suppurées* ou *abcès de foie* ne s'observent guère que dans les pays chauds; lorsque leur volume est considérable ou lorsqu'ils occupent le lobe gauche, ils forment une tumeur souvent appréciable à simple vue en raison de la déformation qu'elle produit et du soulèvement des côtes, on peut même la palper et constater la fluctuation lorsqu'elle déborde les côtes. Son diagnostic s'établit sur les phénomènes inflammatoires et fébriles qui ont précédé son apparition.

La *dégénérescence graisseuse* du foie s'observe surtout chez les phthisiques.

La *dégénérescence amyloïde* du foie se diagnostique par l'augmentation de volume de cet organe survenue sans dou-

leur chez un individu cachectique; en même temps on peut observer un gonflement de la rate, une diarrhée incoercible, de l'albuminurie: ce sont là les symptômes d'une dégénérescence semblable survenue dans la rate, la muqueuse intestinale et les reins.

La *vésicule biliaire* peut, sous l'influence d'un obstacle au cours de la bile (ordinairement des calculs), se dilater et former une tumeur piriforme au-dessous des côtes, sur le bord du muscle droit. Les calculs biliaires peuvent agir de deux façons: tantôt ils se sont arrêtés dans le canal cholédoque, dans ce cas la bile n'est pas retenue seulement dans la vésicule, mais dans tout l'appareil biliaire, et le malade présente un ictère des plus foncés; tantôt ils s'enclavent dans le canal cystique, dans ce cas la rétention n'a lieu que dans la vésicule biliaire, il peut ne pas y avoir d'ictère.

La tumeur formée par la vésicule dilatée est souvent appréciable à la palpation, on peut même y constater parfois la présence de *calculs* qui, semblables à des corps durs et mobiles, produisent par leur collision un bruit comparable à celui qu'on obtient en frappant sur un sac de noix (J.-L. Petit).

Le siège de la tumeur, son aspect piriforme, les attaques de colique hépatique, l'ictère souvent très foncé qui l'accompagne, ne permettent guère d'en méconnaître la nature.

Rate. — Le gonflement de la rate s'observe dans le cours des fièvres palustres, de la fièvre typhoïde, des fièvres graves et de la leucocytémie.

La tuméfaction de la rate est presque constante dans les *fièvres palustres*; cette tuméfaction est molle, simplement hyperhémique et disparaît en totalité ou en partie au moment de l'apyrexie, du moins lorsque la fièvre est récente; mais dans la cachexie paludéenne, la tumeur splénique est à peu près définitive, car il n'y a plus une simple hyperhémie de la rate, il y a une véritable hyperplasie.

Dans la *fièvre typhoïde* et les *fièvres graves* (fièvres éruptives, typhus), la rate augmente de volume, mais revient à ses dimensions premières lorsque le malade guérit.

Dans la *leucémie*, la rate augmente de volume, son poids peut atteindre 8 à 9 livres, cette augmentation de volume tient surtout à la prolifération de la pulpe, mais aussi à l'induration et à l'épaississement de la capsule et des trabécules.

Les ganglions lymphatiques présentent une tuméfaction semblable, souvent même on rencontre des dépôts lymphatiques dans une foule d'organes, dans le foie, les reins, les glandes intestinales, etc. La généralisation de ces tumeurs constitue par elle-même un signe très caractéristique, mais le véritable critérium est fourni par l'analyse du sang si remarquable par l'abondance des globules blancs qui lui donnent un aspect puriforme.

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

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

Les troubles qui l'accompagnent sont de deux ordres : 1^o les uns sont des *troubles fonctionnels* liés à l'obstacle qu'apporte la tumeur à la libre circulation des matières, c'est une constipation opiniâtre suivie de débâcle, souvent les selles renferment du sang pur ou rendu noirâtre par un commencement de digestion; 2^o les autres sont des *phénomènes de cachexie* communs à tout cancer, quel que soit son siège, mais se produisant ici d'autant plus vite qu'il s'y joint la fâcheuse influence exercée sur les digestions par l'obstacle que la tumeur apporte au cours des matières; souvent même le malade est emporté par une occlusion intestinale longtemps avant que le cancer ait parcouru toute son évolution.

Le diagnostic du cancer de l'intestin s'établit donc sur trois symptômes : tumeur abdominale; — constipation opiniâtre suivie de débâcle, selles sanglantes; — cachexie (1).

(1) Dans les cas d'occlusion intestinale, on constate fréquemment l'existence d'une tumeur, dont l'occlusion est la conséquence.

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

Typhlite et pérityphlite. — Lorsque la fosse iliaque droite devient sensible à la pression et que vous y constatez la présence d'une tumeur qui, reproduisant exactement la forme du cæcum, s'étend de la fosse iliaque jusqu'au rebord des fausses côtes, s'il existe en même temps une constipation opiniâtre (1), vous avez tous les caractères de la *typhlite*; la sensibilité est-elle très développée en ce point, il y a lieu de croire que l'inflammation, dépassant les limites de l'intestin, s'est propagée au tissu cellulaire et même au péritoine du voisinage, et dans ce cas il y a lieu de diagnostiquer une *pérityphlite*.

Péritoine. — Il est assez rare que le péritoine soit le siège de tumeurs, cependant le grand épiploon peut être envahi par un *cancer*, reconnaissable à une masse aplatie, bosselée, ou par des *tubercules*, dans ce cas, si l'on explore le ventre avec la main étendue à plat, on distingue le relief formé par les intestins englobés et durcis par les fausses membranes, le ventre présente une dureté, une tension et une rénitence tout à fait caractéristiques. Les *péritonites partielles* créent des adhérences qui peuvent circonscrire des espaces où le liquide s'accumule de manière à simuler des tumeurs fluctuantes.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE. — Ovaires. — Kystes. — Les kystes de l'ovaire constituent des tumeurs abdominales assez fréquentes, ils n'appellent l'attention que lorsqu'ils ont acquis un certain volume. Le ventre se tuméfié du côté malade, le

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

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

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

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

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

Ces tumeurs partagent tous les mouvements que l'on imprime à l'utérus (2), c'est là leur caractère le plus important; elles peuvent aussi déterminer des phénomènes de compression que leur volume et leur siège expliquent parfaitement

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

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

(rétention d'urine, constipation, douleurs vives, œdèmes, etc.). Leur diagnostic est facile, car leur connexion avec l'utérus, leur dureté, les métrorrhagies abondantes qu'elles provoquent, l'accroissement de la cavité utérine sont des signes qui prêtent peu à l'erreur; le cas n'est difficile que lorsque la tumeur ne peut être appréciée par le toucher. On peut croire alors soit à une métrite interne, soit à une fausse couche, etc. (Pour plus de détails, voy. *Myomes utérins*, p. 591, t. II, *Path. chirurg.*).

Reins. — Les reins peuvent, dans diverses circonstances, donner lieu à la production d'une tumeur abdominale; cela a lieu : 1° lorsqu'ils sont déplacés et flottants; 2° lorsqu'ils sont atteints d'hydronéphrose.

Reins flottants (1). — Le rein droit se déplace bien plus fréquemment que le rein gauche (2), sans qu'on en sache le motif, car nous ne voyons pas en quoi la situation profonde du rein droit et la longueur de son artère peuvent être considérées comme des causes prédisposantes.

Le *rein flottant* forme une tumeur ovoïde, lisse, ferme, très sensible à la pression, mobile au point de fuir sous le doigt (3). Cette tumeur occupe les parties latérales de l'abdomen, le bord libre des côtes, etc.; elle est le siège d'une *douleur*, souvent permanente, mais présentant des paroxysmes qui peuvent atteindre une violence extrême; cette douleur, probablement occasionnée par le tiraillement du plexus rénal, diminue ou disparaît sous l'influence du repos au lit; mais par sa persistance elle plonge les malades dans un état d'hypochondrie ou d'hystérie (4). Le diagnostic s'établit surtout sur

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

(2) Sur 91 cas de mobilité rénale, Ebstein a trouvé 65 fois le rein droit déplacé, 14 fois le rein gauche, 17 fois les deux reins.

(3) Lorsque le sujet est très maigre, il est possible de saisir la tumeur et de constater qu'elle présente exactement la forme du rein.

(4) Parfois même surviennent des phénomènes d'étranglement caractérisés par une sensibilité extrême de l'organe déplacé, de la fièvre, des nausées et des vomissements, des urines épaissies, sédimenteuses et purulentes (Dielt). Ces phénomènes ont été attribués soit à la rotation du rein sur lui-même et par suite à la compression de l'uretère et à une hydronéphrose aiguë, soit à une péritonite partielle, etc.

la forme de la tumeur, sa mobilité, sa densité à la pression; au début, avant que son existence ait été constatée, on peut croire à une névralgie du plexus lombaire ou sacré, à une colique néphrétique, etc. Lorsque la tumeur est reconnue, on pourra, grâce aux caractères précédents, la distinguer aisément des autres tumeurs abdominales.

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

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

Il est nécessaire de faire d'abord une remarque importante : c'est que, en présence d'une tumeur abdominale, la possibilité d'une grossesse doit être constamment présente à l'esprit, quelque invraisemblable qu'elle puisse paraître; si la tumeur occupe la partie infé-

(1) Nelaton, imitant la pratique de Bérard, aimait à faire examiner par ses élèves les malades de son service. Appelé par ce maître regretté à déterminer la nature d'une tumeur abdominale que présentait une jeune fille qui venait d'entrer à la Clinique, je voyais avec satisfaction se confirmer au fur et à mesure de mes questions le diagnostic qui dès l'abord était né dans mon esprit; cette fille souffrait depuis longtemps du creux de l'estomac, elle avait des vomissements, avait pâli, maigri, perdu ses forces. En examinant la région épigastrique, on trouvait une tumeur volumineuse, allongée; je diagnostiquais sans hésitation un cancer de l'estomac et j'établissais mon diagnostic sur ces trois signes fondamentaux : tumeur à l'épigastre, vomissements, perte des forces; or il s'agissait simplement d'un *kyste hydatique du foie*, et la moindre expérience clinique eût dû éloigner l'idée du cancer; en effet, est-ce que le cancer se développe à dix-huit ans? Est-ce que jamais cancer forme à l'épigastre une tumeur aussi volumineuse? Est-ce que les vomissements n'étaient pas un simple effet de compression? Est-ce que la pâleur, l'amaigrissement et la faiblesse de l'anémie ne diffèrent pas notablement de la teinte jaune paille, de la déchéance vitale profonde des états cachectiques? L'absence des vomissements noirs si caractéristiques, etc., tout, en un mot, eût préservé un clinicien d'une semblable erreur. Si je me suis permis de rapporter cet exemple, c'est pour bien pénétrer mes lecteurs de toute l'importance que présente l'observation minutieuse des malades; elle seule peut donner cette expérience qui vous conduit naturellement à accorder à chaque signe sa valeur et à établir le diagnostic plutôt sur leur ensemble que sur la constatation d'un seul d'entre eux, car les signes pathognomoniques sont bien rares.

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

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

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

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

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

Une personne, quel que soit son âge, mais souvent jeune, présente du côté de l'hypochondre droit une tumeur plus ou moins volumineuse; cette tumeur peut avoir produit quelques symptômes de voisinage, tels que vomissements, gêne de la respiration; mais, malgré son ancienneté et souvent son volume, elle n'a point altéré la santé; vous diagnostiquez un **kyste hydatique du foie**; si, au contraire, le malade est dans un état cachectique, la tumeur est de nature **cancéreuse**.

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

Voici une femme atteinte de métrorrhagies abondantes et d'une

(1) Si nous avons insisté sur ce point de diagnostic, c'est qu'il a été l'objet de bien des méprises ridicules ou funestes.

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

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

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

C APITRE V

SYMPTOMES FOURNIS PAR L'EXAMEN DES VOIES GÉNITO-URINAIRES

SIGNES FOURNIS PAR L'EXAMEN DE L'URINE.

On accorda longtemps à l'examen des urines une importance exagérée, puis, par une réaction que légitimait l'erreur de certains médecins ou plutôt de certains charlatans qui prétendaient pouvoir par le seul examen de l'urine reconnaître la nature de toutes les maladies et les moyens de les guérir, cet examen tomba dans un grand discrédit et fut restreint aux cas dans lesquels l'appareil génito-urinaire était malade.

Évitant également ces deux excès contraires, la médecine moderne accorde à l'étude de l'urine sa juste valeur, valeur encore considérable si l'on songe que l'urine est altérée non seulement dans la plupart des lésions de l'appareil important qui préside à sa sécrétion et à son émission, mais encore dans un grand nombre de maladies générales qui troublent les phénomènes nutritifs.

Or, pour apprécier convenablement les modifications que la maladie peut apporter à l'état de l'urine, il est indispensable de bien connaître à l'état normal ses propriétés physiques et chimiques, ainsi que la manière dont se fait son émission.

L'étude de l'urine se divise en deux parties :

- A. **L'étude des conditions qui président normalement à son excrétion et à son émission.**
- B. **L'étude de ses propriétés physiques et chimiques.**