

sion et des conditions hygiéniques dans lesquelles vit habituellement le malade, et l'on prendra note de moyens curatifs ou palliatifs qui auraient pu être précédemment mis en usage. Enfin, et en dernière analyse, on cherchera si l'affection est locale ou générale, primitive ou secondaire, si le symptôme douleur a de l'importance, s'il est épiphénomène ou complication.

Après avoir fait usage des divers modes d'exploration dont il sera bientôt parlé, le médecin est alors fixé sur l'examen de la fonction lésée, et il procède, ainsi que cela a été dit, à l'interrogatoire de celle qui lui paraît le plus directement liée, ainsi qu'à l'inspection des autres.

Dans toutes les maladies de l'appareil de la respiration, et surtout après les hémorrhagies pulmonaires, il convient de faire parler le malade le moins possible : on adresse dans ce but ses questions aux parents ou amis qui sont présents à la visite ; mais, toutes les fois que les renseignements peuvent être donnés sans inconvénient par la personne même qui souffre, il faut de préférence s'adresser à elle. Dans quelques occasions, en présence d'une phlegmasie cérébrale, par exemple, lorsque le malade est dans un état d'abattement moral voisin du coma et que l'exercice actif des facultés de l'intelligence est empêché, il faut savoir allier les réponses qu'il vous a faites à celles que vous recevez de la famille ou des gardes-malades et de les compléter les unes par les autres. La physionomie du médecin ne doit jamais refléter les impressions de son âme, car trop de personnes cherchent à y lire. Beaucoup de malades le considèrent d'un regard anxieux et avide, interprètent ses gestes les plus insignifiants, donnent de l'importance aux inflexions de sa voix, etc. Il doit donc, autant que possible, être calme et impassible et ne jamais donner à ses questions une tournure capable de faire croire à l'imminence d'un grand danger et d'une terminaison funeste et prochaine.

SECTION III

DES PROCÉDÉS D'EXPLORATION ET DU DIAGNOSTIC PAR LES SIGNES PHYSIQUES.

Il ne suffit point à l'observateur d'avoir appliqué son esprit et ses sens à la détermination des phénomènes morbides, il lui faut encore avoir sous la main des moyens de contrôle qui lui fassent apprécier la valeur des connaissances acquises, et percevoir d'autres signes qu'un premier et rapide examen n'aurait pas suffisamment mis en lumière. Ces moyens de contrôle sont : 1° la *pression* ; 2° la *palpation* ; 3° le *toucher* ; 4° la *mesuration* ; 5° la *spirométrie* ; 6° la *succussion* ; 7° la *percussion* ; 8° l'*auscultation* ; 9° la *dynamoscopie* ; 10° l'*emploi des sondes et des stylets* ; 11° l'*emploi des spéculums* ; 12° l'*emploi de la loupe et du microscope* ; 13° l'*ophtalmoscopie* ; 14° la *cérébroscopie* (1) ; 15° l'*endoscope* ; 16° le *laryngoscope* ; 17° l'*analyse chimique* ; 18° l'*emploi du thermomètre*.

(1) E. Bouchut, *Du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophtalmoscope, ou cérébroscopie*. Paris, 1866, 1 vol. in-8 avec figures et atlas ; et *Ophtalmoscopie médicale*. Paris, 1874.

CHAPITRE PREMIER

DE LA PRESSION.

On a trop souvent confondu la pression et la palpation ; ce sont cependant deux choses tout à fait différentes. La pression ne doit servir absolument qu'à la constatation des changements divers qui surviennent dans la résistance et la sensibilité des parties malades, et nullement dans l'appréciation des modifications pathologiques subies par un organe. Supposons, par exemple, qu'une personne soit atteinte d'une ascite : la tension de l'abdomen sera chez elle en rapport avec la rapidité de l'épanchement et avec la quantité du liquide. Si l'ascite s'est produite très-promptement, le ventre sera rénitent et se laissera difficilement déprimer, tandis que si elle a mis beaucoup de temps à se manifester, la rénitence ne deviendra notable qu'à l'époque où le liquide sera très-abondant, et encore n'atteindra-t-elle pas probablement le même degré que dans le cas précédent. En faisant reconnaître l'état de tension de l'abdomen, la pression sera donc dans ce cas un moyen d'exploration d'une certaine utilité.

En pressant avec deux ou trois doigts la région iliaque droite et quelquefois aussi la fosse iliaque gauche, l'hypogastre et les parties avoisinant l'ombilic, chez un malade affecté de fièvre typhoïde, on peut découvrir un symptôme, très-variable à la vérité, dû à la présence de liquides mêlés à des gaz dans un point du tube digestif en rapport avec les régions sus-mentionnées ; nous voulons parler du *gargouillement*.

Quand un liquide, comme du pus, est épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané, la pression peut encore beaucoup aider au diagnostic, car elle est appelée à faire connaître deux phénomènes bien différents. Le premier résulte du déplacement subit du liquide contenu dans une cavité, et donne à la main du chirurgien la sensation d'un flot, c'est-à-dire d'un choc brusque que l'on a comparé à celui que pourrait produire la percussion exercée sur une vessie pleine d'eau ; le second, au contraire, résulte du déplacement lent du liquide accumulé dans un foyer et imprime aux doigts un mouvement de soulèvement graduel. Dans l'hydarthrose, lorsque la rotule est éloignée des condyles du fémur avec lesquelles elle est en contact ; dans la tympanite, où le ventre est si tendu ; dans la péritonite chronique, où l'abdomen est dans un état de simple rénitence, il est aussi facile de se rendre compte des changements de résistance que la pression révèle qu'il est aisé de constater combien le même moyen exaspère ou soulage la douleur, selon qu'il s'agit d'une inflammation ou d'une névralgie.

Il est certaines affections, telles que l'érysipèle, la fièvre typhoïde inflammatoire, l'érythème et la scarlatine, dans lesquelles la pression exercée avec un seul doigt efface momentanément les rougeurs caractéristiques qui s'observent à la surface de la peau. Dans cette dernière éruption, d'après mes recherches, la pression faite d'une certaine manière, par chatouillement superficiel, peut aider au diagnostic. En frottant l'exanthème très-légèrement avec le bout de l'ongle ou avec

un corps dur, la contractilité des capillaires touchés chasse le sang, et il en résulte une *raie blanche* caractéristique. On peut même, avec un corps dur, en écrivant un mot sur la cuisse d'un malade, le voir reparaitre en traces blanches, et l'inscription reste apparente pendant près de cinq minutes (1). C'est la *tache scarlatineuse*.

La pression ne peut au contraire faire disparaître les taches de la pourpre de Werloff (*morbus Werloffii*); on l'accuse même, probablement à tort, de rendre la rougeur plus vive. Trousseau a dit que la pression de la peau dans la méningite donnait lieu à une tache rouge dite *méningitique*, mais c'est une erreur et une affirmation de fantaisie, car ce frottement fait également une tache rouge sur la peau de toutes les maladies aiguës, et toute personne qui sort d'un bain chaud offre le même phénomène.

La pression s'opère avec les deux mains, tantôt avec une seule, tantôt avec un ou plusieurs doigts.

CHAPITRE II

DE LA PALPATION.

La palpation consiste dans l'application légère de toute la face palmaire de la main sur une partie malade, dans le but d'y découvrir les changements de température, de mobilité, de consistance, de forme, de direction, de sensibilité, de volume et de siège que l'état pathologique a pu déterminer. Ce n'est autre chose que la pression mise au service de l'intelligence et de la réflexion, ce mode d'exploration d'un usage très-fréquent est d'une utilité immédiate.

Pour que la palpation puisse rendre réellement des services, il faut l'employer d'après de bons principes et qu'elle soit pratiquée par le médecin avec prudence et douceur, sans quoi on irrite les malades, on produit de la souffrance et l'on peut commettre de grosses erreurs. Et d'abord, que l'on ait à palper un membre ou des parties molles, il convient de mettre les muscles le plus possible dans le relâchement, afin de s'opposer à cette roideur qu'amène la contraction, et qui, dans beaucoup de cas, masque complètement quelques tumeurs, ou simule des tuméfactions pathologiques. Ensuite toutes les fois que la pudeur du malade n'a pas à en souffrir, il faut palper à nu, ou alors n'interposer entre la main et la partie à explorer qu'un linge fin, et, de préférence, de toile. On comprend combien il est convenable que la main de l'observateur soit à une température analogue à celle du corps du malade, sous peine de faire éprouver à ce dernier des sensations désagréables et douloureuses.

En général, c'est avec la main entière, et même avec les deux mains, que la palpation doit être faite, rarement avec un ou deux doigts, à moins que la partie souffrante ne soit réduite à de minimes proportions et qu'il ne s'agisse, par exemple, d'un développement anévrysmal, du volume d'une noisette, situé le long

(1) E. Bouchut, *Traité des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance*. Paris, 1873, 6^e édition, chapitre SCARLATINE.

d'un membre, à la suite d'un traumatisme quelconque. En appliquant à plat la totalité de la main, la sensation perçue est plus nette, et, lorsqu'on vient à rapprocher les deux mains, et surtout à les opposer l'une à l'autre, il est extrêmement facile de faire saillir une tumeur et d'en circonscrire le volume et les adhérences, d'en apprécier la dureté, l'élasticité, la fluctuation, la douleur et le frémissement vibratoire ou hydatique; il en est de même pour un organe situé dans les couches profondes. Les mains sont encore placées en opposition lorsqu'on veut, dans un abdomen singulièrement augmenté de volume, obtenir la sensation spéciale due à la présence d'un liquide, c'est-à-dire la *fluctuation*. Pour cela, on se place à la droite du malade et l'on applique la main gauche à plat et dans toute son étendue sur le côté gauche du ventre, tandis que, avec la main droite, on frappe plus ou moins près du pubis de petits coups sur le flanc droit. On produit ainsi un déplacement du liquide qui fait un *flot*; il est en rapport avec la quantité de liquide épanché.

Un précepte qui a une très-grande importance est celui-ci : Quand on a à examiner un œil, un des côtés du cou, une épaule, une mamelle, un bras, un avant-bras, une main, un testicule, une cuisse, une jambe, un pied, il faut toujours fixer son attention sur l'organe ou le membre correspondant, car de la connaissance de l'état sain à l'observation de l'état morbide, il n'y a quelquefois que des différences assez légères, que des nuances difficiles à saisir et qui échappent au médecin, s'il ne met sous ses yeux un terme facile de comparaison.

La palpation est un très-utile moyen d'exploration dans tous les cas où l'on soupçonne des abcès, des tumeurs, des dégénérescences cancéreuses, des hypertrophies de tissus et surtout des anévrysmes artériels, car la présence de pulsations insolites lui échappe rarement. Elle peut servir encore pour reconnaître l'état de l'utérus; mais alors il faut que la main gauche soit appliquée sur l'hypogastre, tandis que le doigt indicateur de la main droite soulève le museau de tanche.

Enfin la palpation peut être d'un certain secours pour guider dans la prescription des agents thérapeutiques. Le traitement d'une maladie changera selon que le mal se sera accru ou bien aura diminué par la médication, selon que les parties explorées, d'abord dures, seront devenues molles et fluctuantes, seront plus ou moins douloureuses et qu'elles présenteront un cortège de symptômes plus ou moins graves.

CHAPITRE III

DU TOUCHER.

Le toucher n'est qu'une espèce de palpation. Ce moyen d'exploration consiste dans l'introduction d'un ou de plusieurs doigts dans les parties profondes et cachées du corps humain, communiquant à l'extérieur par une ouverture naturelle, comme le pharynx, le vagin ou le rectum.

Le toucher guttural n'est pas d'une utilité bien immédiate; on ne l'emploie d'ailleurs que pour constater les modifications pathologiques qui ont pu survenir dans certaines affections de l'arrière-bouche, principalement dans l'œdème de la

glotte, les tumeurs des vertèbres cervicales, les abcès rétro-pharyngiens, etc.; mais le toucher rectal, et surtout le toucher vaginal, sont des procédés d'investigation qu'il importe de bien connaître, car-ils sont d'une application journalière.

Lorsqu'on veut pratiquer le toucher par le rectum, il faut placer le malade horizontalement, le corps tourné sur le côté, la jambe tenant au lit maintenue dans l'extension, tandis que l'autre est entièrement fléchie. Le doigt indicateur, préalablement enduit de cérat, d'huile ou de toute autre substance grasse, doit être introduit lentement dans l'anus; car, cette région étant très-fréquemment le siège de bourrelets hémorroïdaires ou de fissures, tout mouvement précipité déterminerait de vives douleurs, et, par suite, une contraction énergique du sphincter. Il arrive très-souvent que ce muscle forme obstacle à l'introduction du doigt, mais il suffit en général d'attendre quelques minutes pour obtenir un relâchement des fibres; on pénètre alors dans l'extrémité inférieure du gros intestin, et l'on parcourt tous les points de la surface rectale. Le but qu'on se propose en pratiquant le toucher par l'orifice anal est d'apprécier les changements morbides divers apportés dans la structure de l'organe, d'en constater la sensibilité, la tension, la chaleur, la consistance, les inégalités, et d'essayer de reconnaître, par les différentes sensations qui viennent affecter la pulpe du doigt, les rides, les ulcérations, les brides, les rétrécissements, les tumeurs, les dilatations artérielles ou veineuses, les amas de matières, tous les corps étrangers enfin, qui modifient et obstruent cette portion du canal alimentaire. Par ce mode d'exploration, le médecin acquiert encore d'autres notions, selon le sexe du malade. Ainsi il lui est possible de se rendre compte, chez l'homme, de l'état du bas-fond de la vessie et des uretères, de la présence de calculs en ces points ou le long de l'urèthre, et des altérations de volume, de consistance et de forme de la prostate, causes si fréquentes de troubles et d'accidents du côté de la double fonction génito-urinaire. Le toucher par le rectum peut être, chez la femme, d'une grande ressource pour la constatation d'une grossesse extra-utérine, pour la détermination du volume et de la direction de la matrice, et pour le diagnostic d'un grand nombre d'états pathologiques de cet organe. Enfin, si l'on vient à combiner le toucher rectal avec le toucher vaginal, en introduisant le pouce dans le vagin et l'indicateur dans le rectum, on s'éclaire facilement sur les lésions qui ont pu se développer dans le voisinage des ovaires et de la paroi recto-vaginale.

Le toucher vaginal exige préalablement, de la part de la personne qui va y être soumise, quelques précautions particulières, telles que le rejet au dehors des matières solides ou liquides contenues dans l'intestin et la vessie, comme il réclame, du côté de celui qui se met en mesure de le pratiquer, des conditions préliminaires d'une certaine importance. C'est ainsi que le médecin veillera à ce que son doigt indicateur de l'une ou de l'autre main (c'est habituellement le seul dont on se serve pour cet examen) ne présente aucune aspérité ni écorchure, sous peine de contracter un mal éminemment contagieux, comme la syphilis; qu'il prendra le soin de porter un ongle très-court et dépourvu de rugosités, afin de ne produire ni douleur ni déchirure, et qu'il s'habitue enfin à faire usage indistinctement de l'indicateur de la main droite ou de la main gauche, s'efforçant ainsi de faire

disparaître, par l'habitude, le défaut d'adresse et d'habileté tactile qui semble être spécialement départi à la main gauche.

Le toucher vaginal est usuellement employé pour reconnaître l'état des parties intérieures des organes de la génération, les vices de conformation du bassin, les changements survenus dans le segment inférieur de l'utérus et des régions limitrophes, et la nature des tumeurs ou des corps contenus dans la matrice; il sert également pour surveiller les progrès du travail de la parturition. Pour obtenir de bons résultats du toucher, il faut que l'opérateur ait préalablement conseillé à la femme de débarrasser la vessie et l'intestin des matières qu'ils renferment; cette précaution a bien son importance. L'exploration peut avoir lieu, la malade étant debout ou couchée: debout, s'il s'agit surtout de constater une chute de la matrice ou un relâchement du vagin, et si des troubles des fonctions respiratoire et circulatoire s'opposent au décubitus horizontal; couchée, s'il y a menace d'hémorrhagie, imminence de syncope, adynamie profonde, ou si l'utérus est dans un état très-marqué d'antéversion. En effet, quand ce dernier cas existe, le fond de la matrice est projeté en avant, le col se trouve en arrière et en haut; il devient dès lors assez difficile de l'atteindre. Lorsqu'on ramène, par la position horizontale, l'utérus dans sa situation normale, la difficulté disparaît presque entièrement et le museau de tanche est rendu accessible au doigt.

Lorsque la femme que l'on a à examiner est au lit, il faut la faire coucher sur le dos, veiller à ce qu'elle incline un peu le tronc sur le bassin et à ce qu'elle maintienne les cuisses écartées et fléchies, de façon que le relâchement des muscles abdominaux soit le plus complet possible. Le médecin se place alors de préférence du côté droit du lit, afin de pouvoir introduire dans le vagin l'indicateur de la main droite, que nous savons être le plus exercé; mais, dans beaucoup de circonstances et alors qu'il est nécessaire d'explorer les parties latérales du conduit vulvaire, il faut successivement employer le doigt indicateur droit pour s'assurer de l'état de la paroi pelvienne droite, et le doigt indicateur gauche pour l'examen de la pelvienne gauche. Les femmes ne se laissent, en général, toucher qu'avec la plus grande répugnance; aussi convient-il, pour moins offenser leur pudeur, de très-peu les découvrir.

Si l'exploration doit se faire sur une femme qui garde la position verticale, il faut lui faire prendre un point d'appui contre un meuble ou contre la muraille, et lui faire modérément écarter les membres inférieurs. Le médecin, assis sur une chaise très-basse ou ayant un genou en terre (le plus ordinairement celui qui est opposé à la main qui pratique le toucher), se place en face de la malade et se met en mesure de commencer son investigation.

Dans l'une et l'autre de ces positions, les précautions à prendre sont les mêmes: l'index est convenablement enduit, comme pour le toucher rectal, d'un corps gras ou mucilagineux, afin de rendre son introduction plus facile et d'éviter les périls d'une inoculation putride ou virulente; il est étendu et appliqué par son bord radial sur la région périnéale, et de là il gagne lentement l'orifice vulvaire, sans quitter le raphé; il franchit la commissure inférieure et pénètre dans le vagin en séparant les grandes lèvres et en suivant l'axe de la vulve.

Il existe une méthode, encore suivie par un certain nombre de praticiens, dont

il faut proscrire l'usage : c'est celle qui consiste à introduire le doigt d'avant en arrière. Or ce procédé expose à l'attouchement du clitoris, à des frottements du méat urinaire, et, comme il peut, dans un grand nombre de circonstances, simuler une manœuvre impudique et blâmable, il faut très-soigneusement l'éviter.

Quand le doigt est arrivé au bord du conduit vaginal, il a à constater l'ensemble des parties qui constituent l'appareil génital externe, puis à explorer l'état des grandes lèvres, la longueur, la largeur, les aspérités ou le poli, l'élévation de température, le degré de fermeté, la sécheresse ou l'humidité du vagin, la conformation de l'arcade pubienne, le bas-fond de la vessie, le rectum, l'état de plénitude ou de vacuité de ces deux organes, les tumeurs, les dégénération morbides, les produits accidentels qui ont pu se développer à la surface ou dans l'épaisseur des parois vaginales, enfin les vicieuses conformations que peut présenter le bassin. Prenant ensuite la direction de l'angle sacro-vertébral, le doigt s'élève vers le détroit supérieur et atteint le museau de tanche. Il doit en constater la forme, la longueur, la situation, la fermeté, l'état de ses lèvres, le degré d'ouverture de son orifice, le poids même de l'utérus entier en le soulevant légèrement ; sa hauteur, en plaçant l'organe entre le doigt qui repose sur le col et l'autre main appliquée sur le fond, à travers les parois de l'abdomen ; son développement ou sa vacuité.

Lorsqu'on soupçonne l'existence d'une tumeur dans la cavité utérine, d'un polype fibreux, par exemple, c'est en saisissant ainsi le corps de la matrice que l'on se fait une idée exacte du volume de ces productions pathologiques, relativement à l'organe qui les renferme. Il est de beaucoup préférable, dans ce cas, que la femme soit debout, car cette position met davantage en lumière le poids et la mobilité de l'utérus ; il en est absolument de même lorsqu'on est à la recherche des signes certains d'une grossesse, et que l'on veut poser son diagnostic d'après la perception du ballotement du fœtus. Enfin, comme il convient toujours, lorsqu'on fait, en médecine, usage d'un moyen quelconque, d'en tirer le meilleur parti possible, le médecin devra placer tour à tour sa malade dans la position horizontale et verticale, examiner le doigt à sa sortie du vagin, afin de chercher si la couleur et l'odeur du mucus vaginal ne lui fourniraient pas quelques indications et s'il n'y aurait pas de sang ou de fétidité indiquant un cancer.

CHAPITRE IV

DE LA MENSURATION.

La mensuration est un mode d'exploration qui consiste à déterminer les dimensions d'une partie saine ou malade d'une manière plus rigoureusement exacte que les sens ne sauraient le faire. La longueur, la largeur, l'épaisseur, le volume, en un mot, que présente une région, tel est habituellement ce que le médecin est appelé à mesurer.

Il y a divers instruments mesurateurs : tantôt on se sert d'un ruban non

extensible sur lequel on a construit une échelle de graduation, tantôt on fait usage d'un compas d'épaisseur également divisé en degrés ; mais, dans la plus grande majorité des cas, on trouve dans ses doigts un assez bon moyen de mesurer une partie quelconque du corps. Avant d'employer ce mode d'exploration, il faut être prémuni contre les inconvénients qu'il peut présenter, et surtout contre les causes d'erreurs auxquelles il est susceptible de conduire. Ainsi, dans toutes les recherches de mensuration, il est indispensable d'exercer une pression toujours uniforme, sous peine d'obtenir des résultats dissemblables ; ensuite, il faut invariablement placer le malade, et surtout la région qu'on se propose de mesurer, dans la même position (c'est habituellement celle qui permet aux muscles d'être dans le plus grand relâchement possible), afin de pouvoir comparer avec quelques chances d'exactitude les changements qui ont pu s'opérer d'une expérience à l'autre. S'agit-il, par exemple, de prendre les mesures de la tête dans un cas d'hydrocéphale un peu considérable, ou du thorax à l'occasion d'un vaste épanchement pleurétique, le malade doit se tenir debout ou assis ; de l'abdomen à propos d'une ascite, ou des membres inférieurs pour en apprécier la longueur, il est préférable qu'il conserve l'horizontalité. Enfin, les moyens de mensuration ne varieront pas, et ils seront appliqués sur des parties identiquement les mêmes ; on adoptera pour cela des points de repère tels que le mamelon pour la poitrine, et l'ombilic pour l'abdomen ; on pourra au besoin les dessiner sur le corps du sujet avec une plume trempée dans l'encre ou avec un crayon de nitrate d'argent, de façon que les traces de la veille se retrouvent le lendemain.

La poitrine, à chaque mouvement d'inspiration ou d'expiration, subissant alternativement une dilatation, puis un retrait, il est assez difficile de la soumettre à une mensuration bien exacte, d'autant plus encore que les vices de conformation y sont fréquents, que certaines professions, en développant plus particulièrement les muscles d'une région, détruisent parfois la symétrie des deux côtés du thorax, et que, dans des états pathologiques bien connus, la pleurésie, par exemple, le côté malade actuellement dilaté par l'épanchement sera précisément celui qui, après la guérison, éprouvera un resserrement atrophique. Néanmoins, voici les règles d'après lesquelles il faut procéder à la mensuration de la poitrine : Le malade est assis, les bras écartés du tronc et les mains fixées sur sa tête ; la ligne médiane antérieure est représentée par un fil que l'on tend depuis l'échancrure supérieure du sternum jusqu'au milieu de la base de l'appendice xiphoïde, l'apophyse épineuse des vertèbres dorsales indiquant par où passe la ligne médiane postérieure. Une bande de toile divisée en centimètres (*ruban métrique*) et appliquée horizontalement de l'un de ces points à un autre (la mesure étant prise à la hauteur du mamelon chez l'homme et un peu au-dessous de la mamelle chez la femme), permet de constater avec une justesse approximative l'étendue du côté droit ou du côté gauche de la poitrine, alors même qu'elle est soumise au jeu respiratoire. Du reste, lorsqu'on mesure le thorax, ce n'est ni toute son étendue, ni toutes ses dimensions que l'on désire connaître ; on veut, la plupart du temps, savoir seulement si le côté droit est plus ample ou plus étroit que le gauche, et *vice versa*.

A côté du simple ruban métrique on peut employer le *cyrtomètre* de Woil-