

occupé par la lésion, ainsi qu'à déterminer les rapports de celle-ci avec les régions ou les organes voisins. Ce premier point acquis, il deviendra souvent facile d'établir la nature de la lésion par l'examen raisonné des signes physiques et fonctionnels.

« Il ne suffit pas, en effet, pour arriver au diagnostic de recueillir par les sens un certain nombre de renseignements ; il faut encore savoir les coordonner et attribuer à chacun d'eux leur véritable valeur.

« Le talent d'observation, d'une part, qui permet de voir et de bien voir, la rectitude du jugement, d'autre part, qui donne l'appréciation exacte de ce qui a été constaté, sont donc des qualités indispensables pour le clinicien en quête du diagnostic. Ces qualités, que l'expérience peut fortifier et développer, ne s'acquièrent pas, lorsqu'on ne les possède pas tout d'abord, du moins dans une certaine mesure.

« Mais cela ne suffit pas ; il faut encore compléter les données acquises par la recherche du *diagnostic étiologique* ; c'est-à-dire par l'étude des causes générales qui ont pu avoir une influence plus ou moins directe sur la genèse de la maladie, influence qui souvent s'exerce sur la marche de celle-ci et dont parfois il faudra tenir compte dans le choix des moyens de traitement. »

Ce sont les moyens d'arriver à reconnaître toutes ces formes du diagnostic que nous allons étudier. En suivant rigoureusement l'ordre général que nous allons indiquer, le chirurgien arrivera presque toujours à connaître la nature, le siège et la cause de la lésion.

Cependant il faut savoir que, même pour les hommes les plus expérimentés, il se présente des cas dans lesquels il doit sagement rester dans le doute.

C'est alors que parfois, lorsqu'il a épuisé toutes les ressources de l'exploration clinique, il peut être autorisé à pratiquer certaines opérations dont on a tant abusé dans ces derniers temps : je veux parler des *incisions* et des *ponctions exploratrices*.

## DE L'EXAMEN DU MALADE

Les éléments du diagnostic se tirent tout entiers de l'examen du malade.

On les puise à deux grandes sources : les *commémoratifs* qu'on arrive à connaître par l'*interrogatoire du malade*, et les *symptômes* relevés par l'*examen clinique*. Enfin le chirurgien doit parfois s'aider de l'étude des *excreta* et des renseignements que lui fournissent la pathologie expérimentale et la bactériologie qui, dans ces dernières années, ont pris une importance et une extension si considérables.

### I. — INTERROGATOIRE DU MALADE

Les questions posées doivent être courtes, nettes, faites avec ordre et douceur. Quand le blessé se trouve dans l'impossibilité de répondre, soit par le fait de son âge, soit par l'état de ses facultés intellectuelles, ce qui arrive assez fréquemment dans les traumatismes cérébraux, on interrogera les parents ou les personnes susceptibles de donner des renseignements exacts.

L'interrogatoire comprend deux ordres de questions, les unes ayant trait à l'*état actuel du malade*, les autres concernant ses *antécédents*.

#### 1<sup>o</sup> Questions ayant trait à l'état actuel du malade.

L'*âge* doit être d'abord demandé. Il peut aider au diagnostic de certaines affections comme les cancers, qui se montrent en général après quarante ans ; les sarcomes, au contraire, se rencontrant de préférence chez les jeunes gens. Il a une grande importance dans l'évolution des polypes naso-pharyngiens, dans le développement des maladies dites congénitales... De plus, le rapprochement de l'âge réel de celui porté par le blessé permet de recueillir des notions précieuses sur la marche et le pronostic de l'affection. Il est aussi d'une grande utilité pour le traitement.

La *profession* joue aussi un rôle important dans la genèse des maladies chirurgicales ; il en est même qui sont appe-

lées *professionnelles*, comme certains hygromas. Personne n'ignore que le maniement du phosphore donne naissance à la nécrose dite phosphorée, que les bouchers et les mégisiers sont exposés aux affections charbonneuses. Il est inutile de multiplier les exemples.

Le *sexe* entrera aussi en ligne de compte dans le diagnostic. Sans parler ici de toutes les maladies de l'abdomen dont la connaissance est si compliquée chez la femme à cause de la présence des organes *génitaux*, il est des lésions qui, malgré la similitude des organes dans les deux sexes, appartiennent à l'un, à l'exclusion presque complète de l'autre ; nous n'en voulons pour preuve que les polypes naso-pharyngiens dont le sexe féminin, sauf de très rares exemples, est exempt.

Ces renseignements pris, on doit s'informer du siège du mal, et cela à l'aide d'une question aussi concise que possible comme la suivante : **Où avez-vous mal ?** ou bien encore . **Montrez-moi l'endroit où vous avez mal.**

On découvre alors la partie atteinte et, après avoir pris par la vue et le toucher une première notion des changements survenus dans la région, on poursuit son interrogatoire en demandant au malade *le moment et l'ordre d'apparition des symptômes*.

Le *début de l'affection* a une importance de premier ordre, car sa connaissance peut permettre tout d'abord de distinguer les maladies *congénitales* des lésions *acquises*. Aussi ne devra-t-on pas craindre d'insister sur la recherche du moment précis de l'apparition des premiers symptômes. Il sera même bon, si la mémoire du patient est assez fidèle, de lui faire préciser une date en aidant ses souvenirs ; en lui demandant les circonstances dans lesquelles il a été blessé, si c'est un traumatisme auquel on a affaire ; en tâchant de savoir s'il n'avait pas depuis longtemps une petite tuméfaction, s'il s'agit d'une tumeur ; en lui demandant si sa peau n'a pas, à un moment donné, changé de coloration, si elle n'est pas devenue rouge, dans le cas où il s'agirait d'une affection inflammatoire.

Les *douleurs* peuvent suivre ou précéder les premiers symptômes physiques ; aussi faudra-t-il rechercher avec soin le moment et le mode de leur invasion ; en même temps qu'on

s'informer de leur nature, de leur durée et de leur irradiation possible.

On devra recueillir avec soin leur ordre d'apparition, ce qui conduira l'interrogatoire vers la *marche de la maladie*, vers l'étude de *l'évolution des symptômes*.

Telle tumeur peut rester stationnaire ou avoir une marche lente et uniforme, ce qui donne des présomptions sur sa bénignité. Telle autre peut présenter une augmentation de volume toujours croissante, ce qui permettra de porter le diagnostic de tumeur maligne. Telle autre au contraire, après un état de somnolence prolongée, peut prendre un développement brusque ou bien encore présenter des alternatives de poussées et d'états stationnaires et, d'après ces données, on pourra penser à une transformation de ses éléments. Dans le même ordre d'idées, un traumatisme peut être le point de départ d'une évolution rapide. Ou bien encore ce sera au début des règles, aux époques menstruelles ou au moment de la ménopause que des changements se seront produits.

Une inflammation accidentelle peut aussi transformer une maladie chronique en une affection aiguë.

Le symptôme *douleur* donne des renseignements précieux. Il peut augmenter avec l'âge de la maladie ou rester stationnaire. Les douleurs peuvent changer de siège et de nature, prendre le caractère de l'intermittence, se montrer la nuit pour disparaître le jour. Dans la majorité des cas, elle se devienne de plus en plus intolérables et ce sont elles qui forcent le patient à demander des soins, quelquefois trop tardifs.

*La gêne dans les fonctions* d'un membre ou d'un organe et à plus forte raison l'impossibilité complète dans laquelle il se trouve de fournir son travail accoutumé, éclairent souvent le diagnostic ; aussi devra-t-on toujours interroger le malade dans ce sens.

S'il s'agit d'un traumatisme ayant porté sur le membre inférieur, on demandera au patient s'il est tombé, s'il a pu marcher après sa chute, et l'impotence complète plaidera en faveur d'une fracture. Il sera de plus utile, dans certains cas, d'essayer de savoir si la fracture a causé la chute ou si le bris de l'os a été occasionné par le fait même de cette chute.

On pourra ainsi distinguer une fracture indirecte d'une fracture directe.

Pour le membre supérieur on se rendra compte de la possibilité des mouvements et de leur étendue.

On fera de même pour les différentes parties de l'appareil locomoteur.

Dans certaines maladies organiques occupant par exemple les voies aériennes, l'œsophage ou le rectum ; les différentes fonctions de la respiration, de la déglutition et de la défécation seront interrogées, et les tendances à l'asphyxie, l'anxiété respiratoire, la constipation opiniâtre mettront sur la voie du diagnostic.

Le moment où la première gêne s'est fait sentir sera noté avec soin, ainsi que les aggravations qui auraient pu se produire.

## 2<sup>e</sup> Questions ayant trait aux antécédents du malade.

Elles doivent porter sur les *antécédents personnels* et sur les *antécédents héréditaires*.

*Antécédents personnels.* — Le chirurgien doit interroger le passé morbide du malade, afin de chercher s'il existe une relation entre l'affection actuelle et celles dont il aurait pu être précédemment atteint.

Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer certaines lésions qui semblent guéries et qui, après un sommeil de plusieurs années, se réveillent et se manifestent par de nouveaux symptômes. L'ostéomyélite de croissance est un type de ces rechutes à longues échéances ; et ce récit des premières manifestations qui affectent un cachet tout spécial de gravité vient éclairer le diagnostic, qui peut quelquefois hésiter quand les stigmates de la première atteinte ne sont pas très manifestes.

Les traumatismes antérieurs jouent aussi un grand rôle dans la pathogénie de certaines affections et devront être scrupuleusement recherchés.

Les maladies sporadiques et infectieuses comme la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde laissent aussi à leur suite des suppurations, des altérations osseuses qui ne pourront être expliquées qu'en interrogeant le malade.

Il n'est pas jusqu'aux maladies nerveuses, comme le tabes par exemple, qui ne doivent être l'objet d'une investigation attentive ; car les altérations qu'elles déterminent donnent lieu à une catégorie de lésions toutes particulières qui ne peuvent être comprises que grâce à elles.

Mais de tous les facteurs susceptibles d'engendrer des maladies chirurgicales, celui auquel on a donné le nom de *diathèse* est de beaucoup le plus important.

Ces diathèses sont nombreuses. On connaît l'influence du *diabète* sur la marche et l'évolution des lésions que le chirurgien est appelé à traiter ; nous dirons plus loin comment on décèle sa présence par la recherche du sucre dans les urines. L'*impaludisme* crée aussi des dispositions particulières et on devra toujours s'enquérir, dans les cas où on constate quelque chose d'anormal, si le patient n'a pas séjourné dans les pays chauds ou n'a pas habité une contrée palustre. La *phosphaturie* même à son importance et dans les cas de doute, l'attention devra être appelée de ce côté. Mais en chirurgie les trois diathèses qui jouent le plus grand rôle sont la *tuberculose* de beaucoup la plus fréquente, la *syphilis* et le *rhumatisme*.

La *tuberculose* peut être ou acquise ou héréditaire ; mais son mode d'invasion a peu d'intérêt pour le chirurgien, qui devra surtout s'appliquer à en déceler les manifestations antérieures.

Pour arriver à ce résultat, il devra interroger le malade de la façon suivante : lui demander d'abord si dans sa jeunesse il a présenté les différents symptômes qui caractérisent un sujet strumeux, tels que : la gourme, les croûtes dans les cheveux ; insister pour savoir s'il n'a pas présenté d'écoulements par le nez ou par les oreilles. Il s'en souviendra en général, le dira au chirurgien qui s'informerait de la durée de l'écoulement purulent. De même, l'investigation devra se porter sur le globe oculaire. Les conjonctivites et les kératites strumeuses sont très fréquentes ; l'enfant devenu homme peut se les rappeler et quelquefois même en présenter les traces.

Enfin l'appareil ganglionnaire étant un des plus souvent atteints par la tuberculose, il faudra toujours demander au

malade si, dans son enfance, il n'a pas eu de glandes autour du cou et souvent il répondra par l'affirmative.

Ce sont là les manifestations externes de la tuberculose qui peuvent manquer dans certains cas où les viscères auront été touchés ; il sera donc de toute nécessité de s'enquérir si du côté de la séreuse péritonéale, il n'y a pas eu d'invasion tuberculeuse, si le malade n'a pas eu de méningite, s'il n'a pas présenté les symptômes de l'adénopathie bronchique.

Le passé pulmonaire devra être scruté avec soin. On demandera donc au malade s'il n'est pas sujet aux rhumes, si chaque hiver n'est pas pour lui l'occasion d'une ou de plusieurs bronchites qui réclament un traitement plus ou moins long. On s'enquerra s'il n'a pas été soigné déjà pour une fluxion de poitrine et, s'il répond par l'affirmative, on essaiera de savoir par les moyens thérapeutiques employés (vésicatoires, ventouses, etc.), par les symptômes présentés (point de côté, nature des crachats), par la durée plus ou moins longue de la maladie, si ce n'est pas une pleurésie ou une pneumonie pour laquelle il a déjà été traité. On sait combien il est fréquent de rencontrer chez des individus atteints d'ostéo-arthrites tuberculeuses, d'ostéites de même nature, une pleurésie qui a marqué la première invasion bacillaire. Enfin, on n'omettra pas de demander au patient s'il lui est arrivé de cracher du sang. Ce symptôme frappe celui qui en est l'objet à cause de la crainte qu'il lui inspire et pour cette raison reste gravé dans sa mémoire. On ne devra cependant pas confondre les crachements de sang sous la dépendance d'une tuberculisation pulmonaire de ceux provenant d'une toute autre cause et l'interrogatoire devra être poursuivi de ce côté.

La *syphilis* est souvent difficile à reconnaître, et cela à cause du manque de bonne foi des malades. Quand elle est acquise, elle s'est cependant manifestée par des symptômes qui n'ont que dans de très rares circonstances pu passer inaperçus ; mais comme le patient ne connaît pas le rapport qui existe entre l'accident primitif et ceux qui en sont la conséquence, le chirurgien doit multiplier ses questions et il est ainsi possible dans la majorité des cas de déceler cette diathèse.

La première question à poser est celle qui consiste à demander au malade s'il a contracté un chancre. S'il répond par l'affirmative, on s'efforcera de distinguer si ce chancre a été véritablement infectant ou s'il ne l'a pas été, et ici les caractères d'induration, d'unité, de marche et de terminaison permettront de séparer le chancre induré avec sa pléiade ganglionnaire du chancre mou avec son bubon souvent puré.

Il faudra cependant se mettre en garde contre l'ignorance de certains sujets qui donnent souvent le nom de chancre à des érosions qui n'en sont pas et qui se croient atteints de la vérole quand ils n'ont présenté qu'un écoulement urétral.

Pour arriver à un aveu on devra varier son interrogatoire ; faire ressortir l'importance qu'il y a pour le médecin à être fixé sur la présence ou l'absence de cette ulcération. Enfin, on réussira quelquefois en posant à brûle-pourpoint cette simple question : « A quelle époque avez-vous eu votre chancre ? » Le malade jugeant inutile de cacher une chose dont il croit le médecin sûr, ne cherche plus à nier.

Les accidents primaires reconnus ou non, on doit s'occuper de rechercher les *manifestations secondaires ou tertiaires* de la syphilis et ces dernières nous permettront souvent d'affirmer cette diathèse quand bien même la présence du chancre n'aura pas été avouée ou aura passé inaperçue. A cet effet on demandera au malade s'il n'a pas eu de plaques rouges sur la peau, s'il n'a pas remarqué de petits boutons sur son tégument externe. On s'enquerra s'il n'a pas eu de maux de gorge tenaces et répétés, de démangeaisons et de rougeur à la région anale ; s'il n'a pas présenté de douleurs ostéocopes et s'il n'a pas perdu ses cheveux. Ce sont là les questions courantes que le chirurgien doit poser.

Chez la femme, il est très difficile d'avoir des renseignements sur les accidents qui ont pu porter sur l'appareil génital. Elle-même peut souvent ignorer la présence d'un chancre qu'elle ne peut pas voir et seuls les écoulements vaginaux qu'elle a pu constater ont une certaine importance.

Chez les enfants, la syphilis acquise se manifeste par les

symptômes ordinaires ; la syphilis héréditaire affecte au contraire des caractères tout particuliers.

On interrogera donc les parents et on leur demandera si, en bas âge, l'enfant n'a pas été atteint d'un certain degré de surdité qui peut même durer encore, si, en même temps, il n'a pas présenté une maladie des yeux déterminant une perte totale de la vision pour disparaître ensuite sans laisser de traces. On regardera si les dents ne portent pas des striations transversales et des déformations. C'est à la réunion de ces trois caractères qu'on donne le nom de *triade symptomatique* d'Hutchinson ; elle suffirait à cet auteur pour lui faire affirmer la syphilis héréditaire et donne en effet les plus grandes présomptions, même si l'un des facteurs vient à manquer. On pourra constater encore l'affaissement de la base du nez, l'augmentation de volume du front et constater du côté du tibia une déformation type portant principalement sur la crête et donnant à cet os la forme et l'incurvation d'un fourreau de sabre. Enfin, il sera bon de savoir si la mère du sujet malade n'a pas fait de nombreuses fausses couches. Ces dernières, comme on le sait, sont en effet souvent causées par l'infection syphilitique.

Le *rhumatisme* est loin d'avoir l'importance des deux diathèses que nous venons d'examiner. Il localise en chirurgie son influence presque exclusivement sur les articulations et on devra principalement rechercher ses traces dans les affections des jointures. A cet effet, on demandera au malade s'il a présenté un gonflement articulaire quelconque, en se rappelant que le genou est l'articulation la plus souvent affectée ; si l'épaule, le coude ont été atteints ; si, en même temps, il a eu de la fièvre, et on pourra ainsi distinguer une attaque de rhumatisme polyarticulaire aiguë d'une poussée de rhumatisme chronique. On n'oubliera pas de demander si le cœur a été pris. Quand le malade n'accusera que des douleurs dans les membres, se répétant et coïncidant avec les changements de température, on n'aura affaire qu'à du rhumatisme musculaire ; affection moins grave ; mais toujours cependant sous la dépendance de la même diathèse.

La *blennorrhagie* doit être rapprochée du rhumatisme, c'est une maladie infectieuse à manifestations articulaires,

et l'on devra toujours s'enquérir si les gonflements des jointures n'ont pas coïncidé avec un écoulement urétral, ou n'ont pas été précédés par lui.

Dans toutes les affections ayant une relation possible avec la chaudepisse, on interrogera avec grand soin le malade, sur le nombre de fois qu'il a contracté la blennorrhagie et sur la date de la dernière infection. On insistera sur la nature et sur la durée de l'écoulement (*goutte militaire*), ainsi que sur les complications du côté de la vessie, des testicules, de la prostate et même des ganglions inguinaux.

Nous avons omis à dessein de citer le *cancer* dans la recherche des diathèses au point de vue du diagnostic. Il n'y a guère que dans les fractures spontanées, dans les cas de généralisation, qu'on ait à s'en occuper ; et alors, ou l'organe primitivement affecté est encore le siège de l'évolution néoplasique, ou bien une cicatrice toujours visible, trace d'une ancienne opération, en dit souvent plus long que le récit du malade.

On ne peut clore l'étude des antécédents personnels, sans dire un mot des *intoxications involontaires* et *volontaires*.

Les premières dites encore *intoxications industrielles* peuvent avoir une certaine importance dans le diagnostic des affections chirurgicales. C'est ainsi que dans la nécrose des maxillaires, on devra toujours s'enquérir de la profession de l'individu, rechercher s'il ne manie pas le phosphore ; on sait en effet, que les ouvriers qui travaillent à la fabrication des allumettes sont souvent atteints de nécrose phosphorée. On peut rapprocher de ces intoxications les professions dans lesquelles le sujet peut être inoculé ; on sait que les mégisiers, bouchers et le personnel des abattoirs sont exposés à la pustule maligne.

Les *intoxications volontaires* comprennent : l'abus du tabac, l'éthéromanie, la morphinomanie et l'alcoolisme. En laissant de côté les angioleucites, phlegmons ou abcès causés par les piqûres des seringues qui servent à faire les injections de morphine, l'alcoolisme seul doit attirer l'attention du chirurgien, à cause de sa fréquence et de l'importance qu'il donne à des lésions même légères. Aussi devra-t-on chercher à se rendre compte de la quantité d'alcool bu par

le malade et des désordres développés du côté de son intelligence. On lui demandera s'il a des cauchemars, des hallucinations ; et on recherchera si les mains dans l'extension présentent du tremblement.

Le *traitement* comme signe commémoratif peut avoir une certaine importance. C'est ainsi qu'on tiendra toujours compte d'une médication spécifique antérieurement appliquée, des renseignements donnés par le malade sur le résultat d'une ponction faite précédemment et il faudra avoir toujours bien soin de s'enquérir de la coloration du liquide sorti et de sa quantité. On pourra ainsi, par exemple, diagnostiquer une hydrocèle même à défaut de transparence de la tumeur.

*Antécédents héréditaires.* — L'étude des antécédents héréditaires porte non seulement sur le père et la mère; mais encore sur les frères et sœurs du sujet. Quand celui-ci est marié il sera même utile de l'interroger sur la santé de sa femme et de ses enfants. Nous retrouvons ici les diathèses que nous avons passées en revue plus haut, la tuberculose, la syphilis, le cancer et le rhumatisme.

On attache avec juste raison une grande importance à la présence d'une affection tuberculeuse chez le père ou la mère de l'individu qu'on examine. Aussi devra-t-on s'enquérir avec soin de l'âge des parents, de l'état de leur santé présente, des affections qu'ils peuvent ou qu'ils ont pu avoir. Si la mort a frappé l'un d'eux on devra s'informer de sa cause, de la longueur de la maladie et de l'âge de la personne au jour même du décès.

On poursuivra son interrogatoire en s'informant du nombre des sœurs et des frères morts ou vivants, des causes de leur mort et de la vigueur de leur constitution. On poussera même plus loin ses investigations en demandant aux personnes mariées des détails sur leurs enfants. On voit en effet des diathèses se manifester chez les descendants avant de s'être encore dévoilées chez le père ou la mère.

Pour la syphilis les renseignements sont moins certains; il s'agit en effet d'accidents plus ou moins soigneusement cachés par les parents et que la plupart du temps les enfants ignorent. Il sera bon pourtant, nous le répétons, de savoir

si la mère du sujet malade a fait de nombreuses fausses couches.

Le cancer et le rhumatisme ont surtout un intérêt de curiosité; on ne peut cependant nier l'influence très évidemment héréditaire du cancer et son passage d'une génération à une autre dans une même famille. On devra donc tenir compte de ce renseignement.

Les *maladies congénitales* présentent aussi cette particularité de se retrouver fréquemment chez les ascendants de l'enfant ou de l'adulte qui en est atteint et on ne devra jamais manquer d'en faire l'observation soit qu'il s'agisse d'une difformité, d'une malformation ou d'une tumeur ayant commencé son évolution pendant la vie intra-utérine.

## II. — EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique comprend : 1<sup>o</sup> l'examen de la partie malade; 2<sup>o</sup> l'examen des régions environnantes et l'exploration complète du tégument externe, enfin 3<sup>o</sup> l'examen des principaux systèmes organiques. On doit y joindre dans les cas qui le réclament l'analyse des divers produits de sécrétion ou d'excrétion du malade.

### 1<sup>o</sup> Examen de la partie malade.

a) *Méthode d'examen.* — On doit d'abord découvrir avec soin la partie à explorer, en enlevant le pansement qui la recouvre, ou en soulevant les vêtements ou le drap qui la cachent.

On aura soin ensuite de faire prendre au malade une situation qui expose bien la région au jour, tout en lui donnant une position qui soit la moins douloureuse possible. De cette façon on pourra tendre ou relâcher les parties et faciliter les explorations.

Si le temps est froid, si la maladie est grave, on fera en sorte de garantir et au besoin de réchauffer avec des alèzes chaudes toutes les surfaces du corps, en ne laissant à découvert que celle qui porte la lésion; toutes ces manœuvres seront faites avec la plus grande douceur pour éviter la douleur.