

l'anus. (Il est très important d'insister sur l'émission de gaz par l'anus, car si on se borne à lui demander si elle a rendu des gaz, elle répond que oui, à cause des éructations qu'elle a.)

A. Il n'existe pas d'occlusion intestinale. — Les traits du visage sont allérés, la coloration des téguments est particulière, elle est terreuse comme dans les infections. Il existe des vomissements comme dans l'occlusion, mais ceux-ci sont plus espacés, bilieux, *poïracés* même, mais *jamais fécaloïdes*. Quelques gaz sont émis par l'anus, et les garde-robes peuvent se montrer. Le météorisme est moins considérable. Les douleurs sont en général moins vives.

Quand on a affaire à une femme, il faut immédiatement pratiquer le toucher vaginal, qui va permettre de savoir si les organes génitaux sont en cause. Les *méthro-salpingites*, les *hématoécèles péri-utérines*, les *kystes de l'ovaire enflammés* donnent très souvent ce cortège de symptômes péritonéaux. Il faudra donc, par le toucher, diagnostiquer ces différentes affections, causes des accidents que nous avons signalés.

Si on ne trouve rien du côté de l'utérus ou des annexes, il faudra porter son attention du côté du cœcum. L'*appendicite* et la *typhlite* seront reconnus par la palpation de la fosse iliaque droite qui y détermine presque toujours une douleur plus intense que dans les autres points de l'abdomen (point de Mac Burney. (Voir *Exploration du cœcum*.) Le palper permet aussi de reconnaître un empatement particulier de la région, et quelquefois même, une tuméfaction qui ne laisse pas de doute. Il faut savoir que le météorisme peut être à peine apparent ou ne pas exister, et qu'on peut constater de la contraction des muscles du côté droit de l'abdomen. Les commémoratifs ont, dans le diagnostic, une grande importance. Ils dévoileront l'existence d'une ou de plusieurs attaques douloureuses antérieures. Ils montreront le mauvais état de l'intestin se manifestant par de la diarrhée et de mauvaises digestions. Ils apprendront, enfin, le début souvent brusque de la crise qui succède à un effort pour soulever un poids, ou qui se montre après un repas plus copieux que d'ordinaire.

Si l'examen attentif de la région cœcale n'a apporté aucun

renseignement, on devra songer à une péritonite plus ou moins circonscrite.

La *péritonite tuberculeuse* doit toujours être recherchée, car elle est susceptible, dans sa forme aiguë ou pendant une poussée, de donner lieu aux réactions péritonéales que nous étudions. La lenteur de l'évolution, la présence de l'ascite, la nature des douleurs, qui sont moins vives, l'état général du sujet, permettront de faire le diagnostic.

Enfin, il faut savoir que les *infections du foie* sont susceptibles de donner naissance à de la périhépatite qui se traduit, aussi, par des symptômes péritonéaux et examiner le foie avec grand soin, quand la douleur a débuté à son niveau et qu'on ne trouve pas, ailleurs, la cause des accidents qui se présentent.

B. Il existe une occlusion intestinale qui se manifeste encore par d'autres signes que l'arrêt des matières et des gaz. Les vomissements, d'alimentaires, de bilieux qu'ils étaient au début, ne tardent pas à devenir franchement fécaloïdes, le météorisme est considérable. Il y a donc un obstacle au cours des matières ; cet obstacle il faut chercher à le connaître ; mais auparavant, il faut savoir qu'il existe des paralysies intestinales provoquées par la péritonite et qui produisent ce qu'on a appelé la PSEUDO-OCCLUSION, la *fausse occlusion intestinale*. La *péritonite par perforation* en est un type. Celle-ci se distinguera de l'occlusion intestinale vraie, aux caractères suivants : les vomissements, quoique pouvant devenir fécaloïdes, dans la péritonite par perforation, revêtent moins habituellement ce caractère et peuvent rester longtemps bilieux. Dans un certain nombre de cas, les malades ont pu rendre quelques gaz par l'anus. Le météorisme est moins considérable que dans l'occlusion. La sonorité n'occupe pas toute l'étendue de l'abdomen, et, comme l'a signalé l'un de nous, il existe parfois dans les régions des flancs, dans l'hypogastre, de la matité, indice d'un épanchement péritonéal ; on trouve aussi quelquefois le bruit hydro-aérique. (Voir *Exploration du péritoine*.) De plus, les accidents débutent par une douleur extrêmement vive, qui peut être bien localisée en un point de l'abdomen, caractère

qui ne se présente que rarement dans l'étranglement interne. Enfin, le thermomètre peut donner des indices en montrant, dans le cas de péritonite, une élévation plus ou moins grande de la température, qui reste normale ou qui s'abaisse dans l'occlusion intestinale vraie.

L'histoire de la maladie pourra mettre sur la voie du diagnostic. On peut être en présence d'une perforation causée par une *fièvre typhoïde* ou due à un *ulcère de l'estomac*; mais, dans la majorité des cas, on aura affaire à une *perforation de l'appendice*, qui sera soupçonnée par l'existence possible des coliques appendiculaires antérieures, par la soudaineté de l'attaque prenant l'individu pour ainsi dire, en pleine santé, par la localisation de la douleur, à droite, et aussi par l'âge du sujet.

On a reconnu qu'on avait affaire à une occlusion intestinale vraie, après avoir, bien entendu, écarté les accidents d'un empoisonnement ou les symptômes du choléra, il faut s'efforcer de reconnaître la variété d'occlusion aiguë devant laquelle on se trouve.

On commencera par visiter avec soin tous les orifices susceptibles de donner lieu à une *hernie étranglée*; les anneaux inguinaux, cruraux, l'ombilic et la ligne blanche; au niveau du canal inguinal, on palpera avec soin les parties, en songeant à la possibilité d'une hernie interstitielle, surtout si le malade est un homme cryptorchide, on dirigera son interrogatoire du côté de la réduction en masse possible du sac herniaire et de son contenu, surtout si le taxis a été pratiqué. Enfin, on pratiquera ou on fera pratiquer par un aide, à cause de l'intervention possible, un toucher rectal soigneux qui dénotera l'absence d'un obstacle de ce côté, soit l'invagination, soit le rétrécissement; ces recherches ayant été négatives, on s'efforcera de diagnostiquer la variété d'occlusion intestinale à laquelle on a affaire.

Est-ce une invagination, un volvulus, un étranglement causé par une bride, par un diverticule ou par un anneau accidentel?

L'invagination seule, comme l'a fait remarquer l'un de nous pourra être reconnue avec quelque certitude aux symptômes suivants : l'occlusion est généralement incomplète, le ballonnement du ventre n'est pas considérable. Il y a souvent

des selles sanguinolentes, formées d'un mélange de mucus et de glaires; ces selles peuvent être accompagnées de ténésme. Dans beaucoup de cas, la palpation de l'abdomen permettra de constater une tumeur molle, douloureuse à la pression, un peu mobile et présentant la forme de boudin. Enfin, dans les invaginations iléo-coliques ou iléo-cæcales les plus fréquentes du reste, on notera l'absence du cæcum et du côlon ascendant dans le flanc droit et une certaine dépression de la fosse iliaque du même côté ce qui contraste avec une saillie plus ou moins volumineuse du côté gauche. L'invagination est surtout fréquente chez les enfants.

Le *volvulus* ne donnera que des présomptions. Il siège très souvent sur l'S iliaque et se rencontre principalement dans l'âge adulte et la vieillesse. Wahl prétend que l'anse tordue se dilate énormément et que la palpation, sous l'anesthésie, permet de la reconnaître. On a dit aussi que les vomissements étaient peu tardifs. Tous ces signes sont des plus douteux.

Nous en dirons de même pour l'*étranglement interne* qu'il soit causé par un diverticule, par un anneau fibreux accidentel ou par une bride. On pourra le soupçonner à l'acuité de la douleur, à la soudaineté et à la rapidité d'apparition des symptômes. Tout au plus pourra-t-on penser à un *étranglement par bride*, quand on relèvera, dans le passé de la malade, une poussée péritonéale, ou bien quand on aura affaire à une femme ayant subi une laparotomie.

L'*occlusion chronique* est, à un moment donné, susceptible de donner lieu aux signes de l'occlusion aiguë; mais les symptômes sont bien moins tranchés; les vomissements plus tardivement fécaloïdes, le météorisme moins considérable.

En interrogeant la malade, on reconnaîtra des troubles antérieurs, des accidents bien nets de fausse obstruction, avec un arrêt momentané du cours des matières et quelquefois même des gaz. Ces accidents se rencontrent principalement chez les personnes âgées, et dans la grande majorité des cas, on se trouve en présence d'un néoplasme du rectum que le toucher permettra de reconnaître, ou des fosses iliaques que la palpation pourra déceler.

S'il s'agit d'un rétrécissement de l'intestin grêle ou du gros intestin, le diagnostic sera impossible; les troubles de la digestion, la marche lente et aggravante de l'affection, pourraient seuls donner quelque soupçon. Le rétrécissement du rectum sera toujours reconnu par le toucher.

Quant aux corps étrangers obstruant le calibre de l'intestin, les *calculs biliaires* seuls sont susceptibles de produire des accidents véritablement aigus. L'occlusion déterminée par la présence d'un cholléithe se reconnaîtra à ce qu'elle s'observe, presque exclusivement, chez les femmes ayant dépassé la seconde moitié de la vie. Loin d'avoir été précédé par des manifestations du côté du foie, l'ictère prémonitoire ou antérieur manque le plus souvent; mais on peut retrouver dans le passé de la malade l'apparition de douleurs dans l'hypochondre droit, et assez souvent, une première attaque de vomissements coïncidant avec une constipation opiniâtre. Enfin, un premier calcul biliaire a déjà pu être rendu dans les selles, ce qui permet de faire le diagnostic.

Signalons encore l'*occlusion par masses fécales*, qui est le type de l'occlusion chronique, mais qui cependant a pu donner lieu à des accidents aigus. On a affaire, en général, à des femmes très constipées, et la palpation du côlon, dans ses différentes parties, permet de constater une série de masses arrondies, échelonnées sur le gros intestin, d'une consistance dure, mais quelquefois assez pâteuse pour se déformer sous la pression.

Est-il possible de diagnostiquer le siège de l'occlusion ?

On a décrit bien des signes devant permettre d'arriver à cette importante notion. On s'est appuyé sur la *localisation de la douleur au début*, sur la *date d'apparition et la nature des vomissements*, précoces et non fécaloïdes quand l'obstacle siège au commencement de l'intestin grêle; précoces et fécaloïdes quand il réside à la fin; tardifs et rapidement fécaloïdes quand il s'agit du gros intestin. L'observation contredit ces vues purement théoriques, et on peut en dire de même pour les urines, qui seraient d'autant plus rares que l'occlusion siège plus haut, à cause de la diminution de la surface d'absorption de l'intestin.

On a cru arriver par le *rectum* à pouvoir se rendre compte

de l'obstacle en introduisant des *sondes*, la *main*, comme le voulait dangereusement Simon, ou des *liquides*. On a prétendu que la capacité du gros intestin étant de deux litres, suivant la quantité d'eau qui pénètre, on pourrait ou éliminer le gros intestin ou se rendre compte de la hauteur à laquelle il était bouché; mais la pratique n'a pas répondu à la théorie, car un intestin normal peut être intolérant et rejeter l'injection.

La *forme du ventre* a été invoquée par Laugier. L'abdomen serait proéminent en avant, dans les cas d'obstruction de l'intestin grêle; aplati et encadré par le gros intestin dilaté quand l'obstacle siège sur l'S iliaque ou au commencement du rectum. Malheureusement, le météorisme est tellement considérable que, dans toutes les variétés d'occlusion, il donne la même forme au ventre.

Enfin, Bouveret (de Lyon) a attiré l'attention sur les signes de la *dilatation du cæcum*. Cette dilatation du cæcum indiquerait un obstacle sur le gros intestin; mais, pour la déceler, il faut qu'il n'y ait pas ce ballonnement toujours précoce du ventre qui empêche les manœuvres nécessaires pour la reconnaître.

Comme on le voit, il est presque impossible de dire où siège l'occlusion, ce qui pourtant a une grande importance pour le choix de l'intervention (laparotomie ou anus contre nature).

Affections organiques. — Nous ne nous proposons pas d'entrer dans de longs développements sur le diagnostic de chacune des affections organiques de l'abdomen. Nous voulons simplement mettre le clinicien, en face de ce qu'on appelle vulgairement, en clinique, un gros ventre et le conduire par éliminations successives, d'abord à localiser la maladie dans l'organe qui lui a donné naissance, ensuite à mettre une étiquette sur cette maladie.

Nous prendrons bien entendu pour exemple une femme à cause du rôle joué par les organes génitaux de la femme dans les affections de l'abdomen, en rappelant que, quiconque saura débrouiller un diagnostic dans un ventre féminin, arrivera au même résultat beaucoup plus facilement chez l'homme.

Enfin, comme dans les affections organiques de l'abdomen, ce sont les *tumeurs* qui dominent la pathologie de cette région, nous limiterons notre sujet au diagnostic des tumeurs de l'abdomen.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'ABDOMEN

Le clinicien se trouve en présence d'une femme dont le ventre a beaucoup grossi depuis quelque temps. Il la découvre et constate une augmentation de volume très notable.

Il doit d'abord se demander s'il existe réellement une tumeur. Chez les femmes hystériques, le météorisme et le tympanisme peuvent donner le change ; on a cité de nombreuses observations de ces tumeurs fantômes qui chez des nerveuses donnent à l'examen tous les signes d'un néoplasme et qui disparaissent, un beau jour, sans cause ou sous l'influence de l'anesthésie qui précède l'intervention. Il suffit de connaître ces faits étranges pour les dépister, en se rappelant qu'on ne les rencontre que chez des sujets présentant une tare nerveuse.

On a vu des *vessies énormément dilatées* être des causes d'erreur, de là la recommandation de sonder la malade avant l'examen, ce qui est une excellente précaution. De même aussi, dans certains cas, un purgatif peut être utile. Il évacue les matières stercorales qui peuvent donner le change ou gêner considérablement l'examen.

Mettons aussi le clinicien en garde contre ces masses graisseuses formées par l'épiploon et qui, à maintes reprises, ont été prises pour des néoplasmes. On les reconnaît d'abord à l'absence de douleurs et de gêne, la malade ne s'en apercevant qu'à cause de leur volume. Elles sont de plus fort mobiles, d'une consistance particulière qui rappelle celle de l'épiploon, enfin on ne les rencontre que chez des individus d'un embonpoint considérable.

Ces différentes causes d'erreur étant écartées, le clinicien palpera l'abdomen et la palpation ou bien donnera des sensations vagues ne permettant pas de limiter une tuméfaction et, dans ce cas, la tumeur s'est développée dans l'abdomen, ou bien au contraire il sent une masse plus ou moins volumi-

neuse qu'il peut en partie circonscrire. Il doit immédiatement se poser cette question.

La tumeur fait-elle partie de la paroi abdominale ?

Si, les mouvements imprimés à la tuméfaction à l'aide des deux mains, sont faciles et peu limités, si on peut en quelque sorte séparer par le toucher, la paroi intacte de la masse située au-dessous, il n'y aura pas de doute ; mais il existe des malades chez lesquelles ces perceptions sont très vagues et le seul signe pathognomonique est le suivant : La contraction des muscles de l'abdomen fixe la tumeur née dans la paroi, elle laisse indifférente celle située dans la cavité abdominale. On devra donc saisir, le mieux possible, la tuméfaction en la prenant à l'aide de l'une ou des deux mains et commander au sujet de se redresser, c'est-à-dire de s'asseoir dans son lit. Dans ce changement de position, tous les muscles pariétaux se contractent et si, pendant cette contraction, on cherche à imprimer à la tumeur les mouvements qu'on lui faisait subir auparavant, on constate qu'ils sont impossibles ou tout au moins très limités.

La tumeur n'est pas née dans la paroi, elle appartient à l'abdomen.

Deux cas sont alors à considérer : ou la tuméfaction remplit tout l'abdomen, ou, au contraire, elle est limitée à une certaine étendue de la cavité abdominale. Envisageons ces deux éventualités et tout d'abord la première.

A. La tumeur occupe tout l'abdomen.

On commencera par rechercher si elle est liquide en pratiquant les manœuvres qui décèlent la fluctuation ; on la trouvera évidente, sautant aux doigts, on constatera la présence du liquide dans tous les points abordables de l'abdomen et on sera en présence d'une *ascite*, d'un grand *kyste de l'ovaire* uniloculaire, d'une *hydronéphrose* ou d'un *kyste hydatique soit du foie, soit de la rate*.

Tel est le gros diagnostic à faire et encore, peut-on dire, que l'hydronéphrose et le kyste hydatique, étant des affections relativement rares, par rapport aux deux autres, c'est

à différencier l'ascite du kyste de l'ovaire qu'il faut d'abord s'appliquer.

Les symptômes cliniques qui permettent de ne pas con-

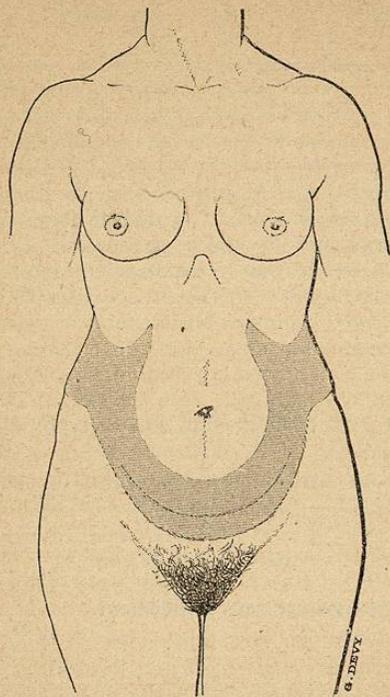


Fig. 23. — Matité dans l'ascite.
(La teinte ombrée représente la zone de cette matité.)

fondre un *kyste de l'ovaire* avec une *ascite* ont été bien étudiés. Ils sont nombreux. C'est d'abord la *forme du ventre*, étalé dans l'ascite avec une distension portant principalement sur les côtés ; tandis que, dans le kyste de l'ovaire, c'est la

partie médiane qui se montre sous une forme globuleuse et fait saillie fortement en avant. L'inspection permet, parfois, de constater sur la paroi abdominale une circulation vei-

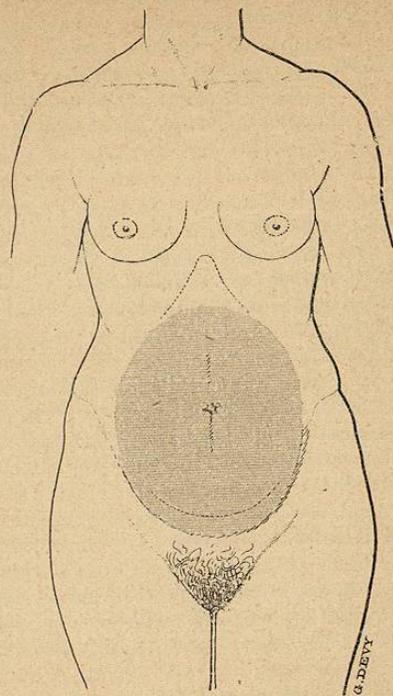


Fig. 24. — Matité dans le kyste de l'ovaire.
(La teinte ombrée représente la zone de cette matité.)

neuse collatérale supplémentaire fréquente dans l'ascite, rare dans le kyste.

L'*ombilic*, donne aussi des renseignements utiles ; dans l'ascite, il est étalé, effacé ; dans le kyste il a gardé à peu

près ses caractères normaux et a été refoulé en haut.

La *percussion* a une très grande importance; dans l'ascite la matité siège à la partie inférieure et dans les côtés; le son tympanique se perçoit en avant. C'est le contraire dans les kystes de l'ovaire qui, repoussant la masse intestinale en arrière, donnent un son tympanique manifeste dans les flancs et une matité bien nette sur la ligne médiane ainsi que de chaque côté de cette ligne, sur une surface en rapport avec le volume de la tumeur. La percussion devra être pratiquée, la malade étant couchée sur le dos; mais ce premier examen fait, il faudra modifier l'attitude du corps et commander au sujet de se placer, alternativement, dans le décubitus latéral droit et gauche; si on a affaire à un kyste ovarique, aucune modification ne se produira dans les zones de matité et de sonorité. Il n'en sera pas de même si on est en présence d'une ascite: le liquide obéissant aux lois de la pesanteur suivra les mouvements de l'abdomen et le flanc qui était mat quand il appuyait sur le plan du lit, deviendra sonore quand la malade sera retournée.

Les signes que nous venons d'énumérer ont une réelle valeur; mais certaines ascites ont présenté les mêmes symptômes à la percussion que les kystes ovariens, soit par le fait d'adhérences maintenant l'intestin dans les flancs, soit à cause de la distension gazeuse du côlon ascendant ou descendant. Ce sont ces cas d'ascite à développement rapide dans lesquels le liquide péritonéal est comme infiltré entre les organes sans se collecter vers les régions déclives, qui présentent des lignes de matité plus ou moins sinueuses, et dans ces conditions sur lesquelles l'un de nous a particulièrement insisté, il est souvent presque impossible de se prononcer. Aussi, ne doit-on négliger aucune exploration. Le toucher vaginal sera pratiqué, il montrera l'utérus n'ayant été nullement influencé par l'ascite tandis que le kyste de l'ovaire rend la matrice moins mobile et occasionne, le plus souvent, une déviation de cet organe qu'on rencontre généralement en antéversion. On recherchera la cause de l'ascite dans le cœur et dans le foie et on y trouvera souvent des lésions; mais il faut savoir que l'ascite reconnue n'exclut pas la possibilité d'un kyste de l'ovaire, le liquide péritonéal

pouvant être sous la dépendance de la lésion ovarienne.

Tout ce que nous venons de dire des signes qui permettent de différencier l'ascite du kyste de l'ovaire, s'applique aux hydronéphroses, aux kystes hydatiques du foie et de la rate, lorsque ces tumeurs ont acquis un volume considérable et remplissent l'abdomen. Il s'agit maintenant de faire le diagnostic de ces diverses affections.

Il arrive, en effet, que certains symptômes manquent ou sont peu marqués; que le clinicien a observé certaines particularités qui le rendent perplexe et ne lui permettent pas d'affirmer la présence d'un kyste de l'ovaire. Il songe à un *kyste hydatique du foie* ou à un *kyste rénal* et dans l'une ou l'autre hypothèse, il doit compléter ses investigations. Il s'enquerra du point où a commencé la tumeur et de la direction qu'elle a prise en grandissant, soit de bas en haut ou de haut en bas. S'il a des présomptions en faveur d'une lésion du foie, il percutera avec grand soin cet organe et cherchera si la matité est partout bien complète, si celle de la glande hépatique se continue sans interruption avec celle de la tumeur. Quand il existe, en effet, une petite zone de sonorité, elle montre l'indépendance de la tuméfaction avec le foie. En percutant la tumeur, il devra rechercher le *frémissement hydatique*, signe malheureusement rare; mais pathognomonique. Ce frémissement se perçoit, lorsque après le choc, on laisse le doigt percuteur immobile sur le doigt percuté. On sent alors de petites secousses spéciales qu'il suffira d'avoir observées une fois pour toujours reconnaître. Desprès a recommandé le procédé suivant: on serre fortement un doigt de la main gauche contre la tumeur et l'on percuté celle-ci à coups brefs. Si, une autre personne applique la paume de la main sur un endroit de la tumeur, voisin du point percuté, cette personne perçoit le frémissement d'une façon très distincte. On devra aussi demander au malade si jamais il n'a présenté de douleurs de ce côté, s'il n'a jamais eu d'ictère, si enfin il n'est pas sujet à des démangeaisons et s'il ne lui est pas arrivé d'avoir une poussée d'urticaire.

Quand on soupçonne une *hydronéphrose*, c'est bien entendu du côté du rein que doivent porter les recherches. On examinera si la région lombaire n'est pas plus bombée d'un

côté que de l'autre, on demandera au malade si, au début, la tuméfaction ne s'est pas montrée franchement latérale pour descendre petit à petit et envahir tout le ventre. On s'informerá si la tumeur n'a pas présenté à son origine une forme intermittente, s'accroissant pendant un certain temps, pour diminuer considérablement, à un moment donné; cette diminution du volume s'accompagnant de débâcles urinaires et d'une sensation de soulagement. Enfin, on recueillera la totalité des urines de chaque jour afin d'examiner leur quantité et leur composition chimique.

Malgré toutes ces précautions, le diagnostic ne sera pas encore assis et la ponction dans les cas douteux s'impose, car la composition du liquide extrait peut donner des renseignements importants.

Le kyste de l'ovaire contient, en effet, une substance albuminoïde dite *paralbumine* qui n'existe pas dans l'ascite par exemple; c'est elle qui donne au contenu kystique cette consistance visqueuse et filante bien connue. Dans le kyste hydatique, le liquide est toujours très clair; quand il existe des *crochets*, le diagnostic est rendu certain. On devra donc pour les rechercher, laisser reposer le produit de la ponction et examiner le dépôt au microscope; malheureusement, bien des liquides de kystes hydatiques ne contiennent pas de crochets et on ne peut pas tirer de renseignements importants de la composition chimique. Enfin, dans l'hydronéphrose, le contenu est *acide*, contient une faible proportion d'urée et peu d'albumine. Cette présence de l'urée doit être prise en sérieuse considération; mais il faut pourtant savoir que certains liquides ovariens en contiennent, de même que l'acidité peut disparaître et le liquide devenir alcalin dans des hydronéphroses anciennes.

Comme on le voit, la ponction apporte des éléments utiles; mais en montrant la nature du liquide elle ne permet pas toujours d'entrevoir la lésion qui lui a donné naissance.

Lorsqu'on a affaire à une *ascite symptomatique d'un kyste de l'ovaire*, il faut savoir que le liquide de cet épanchement secondaire contient une proportion plus élevée de matériaux fixes; ce qui permet de le reconnaître. C'est ainsi que dans l'ascite ordinaire la proportion varie de 5 grammes à

58 grammes; elle peut aller jusqu'à 60 et 72 dans les épanchements péritonéaux symptomatiques.

B. La tumeur est de moyen volume; elle n'a pas envahi tout l'abdomen.

Comme nous l'avons dit, le premier problème à résoudre, est celui de la localisation de l'affection sur un organe. Pour le résoudre on s'aidera de la palpation et de la percussion et on établira, avec soin, les limites de la matité et de la sonorité.

Si, la matité de la tumeur se confond avec celle de la ceinture pelvienne au-devant du pubis et si, au-dessus de l'ombilic on a une zone de sonorité bien nette, on a, suivant toutes probabilités, affaire à une affection des organes génitaux.

Il faudra alors de toute nécessité pratiquer le toucher vaginal et constater l'état des culs-de-sac. Si l'un ou l'autre est effacé et si avec le palper bimanuel on sent, sur les côtés, une masse plus ou moins mobile, on se trouve en présence d'une maladie des annexes. On saisira la tumeur en masse, on essaiera de la déplacer, et le doigt posé sur le col de l'utérus, sentira ou non si cet organe est influencé. Si la matrice suit les mouvements de la tumeur c'est qu'elle a des connexions avec elle et qu'elle est née à ses dépens. On pourra de cette façon, dans les cas faciles, savoir si on a affaire à un kyste de l'ovaire, à une salpingite ou bien à une affection utérine telle que le fibrome d'autant plus que ce dernier est plus dur, plus médian et s'accompagne de métrorrhagie; mais, en clinique, il est toujours des symptômes qui se modifient ou qui manquent et on doit savoir que le kyste de l'ovaire mobilisé peut transmettre ses mouvements à l'utérus, que le fibrome peut avoir une consistance molle qui joue absolument la fluctuation, qu'il ne s'accompagne pas toujours d'hémorragie et par conséquent on devra rester sur la réserve. Nous ne pouvons, dans les limites que nous nous sommes tracées, étudier le diagnostic complet de chacune des affections des organes génitaux de la femme et nous renvoyons sur ce point aux traités spéciaux; mais il est une façon d'être de l'utérus qui a été l'objet d'erreurs de diagnostic multiples; nous voulons parler de la grossesse. L'utérus gravide a été confondu à peu près avec toutes les tumeurs du petit bassin

et nous voulons mettre le clinicien en garde contre cette erreur.

Elle provient souvent d'un peu de négligence et il faut se souvenir que, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une tuméfaction régulière, située plus ou moins sur la ligne médiane, on devra toujours penser à une grossesse, grossesse qui peut du reste accompagner une tumeur et qu'on reconnaîtra aux signes suivants :

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE ¹

Les accoucheurs divisent les signes de la grossesse en signes de présomption, de probabilité et de certitude. Les premiers sont les seuls sur lesquels on puisse asseoir le diagnostic, jusqu'à la fin du troisième mois de la grossesse ; au terme du quatrième mois apparaissent les signes de probabilité ; enfin les manifestations sur lesquelles repose le diagnostic avec certitude absolue, ne deviennent perceptibles qu'à partir du milieu de la grossesse, c'est-à-dire à quatre mois et demi. Est-ce à dire pour cela qu'il faille attendre ce dernier terme pour affirmer l'existence d'une grossesse ? Assurément non. Dans la grande majorité des cas, c'est-à-dire dans ceux où la grossesse est physiologique, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme de santé parfaite, un faisceau de signes de présomption permet presque toujours d'affirmer la présence de l'œuf dans la cavité utérine, dès les premières semaines.

Il en est autrement quand il existe quelque trouble, soit d'ordre médical du côté de l'organisme général de la femme, tel que chlorose, tuberculose, etc., soit d'ordre chirurgical, du côté de l'appareil génital, lorsque, par exemple, il existe une métrite, un néoplasme utérin, dès lésions des annexes de l'utérus, etc.

Dans ces dernières conditions, non seulement la grossesse peut passer inaperçue jusqu'à quatre mois et demi, c'est-à-dire jusqu'à l'époque d'apparition habituelle des signes de

¹ Nous devons cet article à l'obligeance de M. Bonnaire professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, auquel nous adressons nos meilleurs remerciements.

certitude, mais, encore une fois, ce terme atteint et dépassé, les manifestations de la vie du fœtus peuvent rester masquées devant l'investigation de l'accoucheur. Toutefois, si celui-ci procède avec méthode à la recherche des signes de la grossesse dans les quatre derniers mois, à défaut de certitude, il arrivera, du moins, à acquérir une présomption suffisante pour éviter une intervention chirurgicale basée sur une erreur de diagnostic. Il attendra, et le temps éclaircira ses doutes.

Cette méthode d'investigation obstétricale doit être invariable dans la succession de ses différents temps ; les résultats obtenus à chaque étape de l'examen doivent se corroborer strictement les uns les autres. Ainsi, arrivera-t-on à reconnaître, non seulement l'existence certaine de la grossesse, mais encore ses qualités, en particulier au point de vue du mode de présentation et de position du fœtus.

Les divers temps dont se compose l'examen obstétrical sont :

- A. L'interrogation.
- B. L'inspection.
- C. La palpation.
- D. L'auscultation.
- E. Le toucher.

A. INTERROGATION. — Pour toute femme enceinte ou supposée enceinte, il importe tout d'abord de scruter les antécédents pathologiques héréditaires ou personnels, et les antécédents obstétricaux s'il ne s'agit pas d'une primigeste, ceci, non pas pour établir le diagnostic de la grossesse, mais afin d'en apprécier le pronostic tant pour la mère que pour l'enfant, et afin d'instituer, s'il y a lieu, un traitement prophylactique rationnel.

Arrivant ensuite à la recherche de la grossesse actuelle présumée, le médecin s'attache à l'étude des symptômes subjectifs, qui tous comptent comme signes de présomption. Ces symptômes ne sont autres que la manifestation des troubles fonctionnels, portant sur divers appareils, plus ou moins nombreux, plus ou moins accusés, variant selon l'organisme des femmes, et, chez une même femme, d'une grossesse à une autre.