

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 <sup>1</sup>

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

<sup>1</sup> 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.



Différents états pathologiques peuvent s'accompagner des mêmes troubles que la gestation, mais n'offrent que très rarement la diversité et le groupement qu'ils affectent au cours de cette dernière.

En premier lieu nous devons mentionner la *suppression des règles* : Chez toute femme bien réglée au point de vue de la périodicité, de la durée et de la quantité de l'écoulement, lorsqu'il se produit brusquement, en dehors de tout état pathologique avéré, une suppression persistante des règles, il y a lieu de considérer comme probable l'existence d'une grossesse. Ainsi que le remarque Pajot, c'est là le meilleur signe de présomption. Mais il ne faut pas oublier qu'une aménorrhée transitoire peut dépendre, par exemple, d'une dystrophie du sang (chlorose ou anémie), qu'elle peut être liée à la tuberculose, à l'hystérie franche ou larvée, cette dernière se manifestant, parfois, par le désir immodéré ou la crainte d'une grossesse, désir ou crainte qui suffisent à suspendre le flux menstruel plusieurs mois et à déterminer des troubles réflexes divers, analogues à ceux de la gravidité, (grossesses nerveuses ou par illusion pure).

En outre, on ne doit pas oublier que nombre de femmes deviennent enceintes quoique aménorrhéiques (nourrices, femmes n'ayant jamais été réglées, chlorotiques) et que d'autres bien portantes, tout en portant un œuf dans leur utérus, continuent à avoir, chaque mois, quelque écoulement séro-sanguin. Cependant il est rare, en pareil cas, que ce flux pseudo-menstruel ne soit pas notablement modifié dans ses caractères accoutumés.

Comme la suppression des règles, les autres manifestations subjectives, dites troubles sympathiques de la grossesse, n'ont de valeur de présomption que chez les femmes absolument saines : ce sont : *a*, du côté de l'appareil digestif, les *nausées* et *vomissements* caractérisés, à l'état physiologique, par le défaut de malaises concomitants ; les modifications du goût et de l'appétit ; *b*, du côté du système nerveux ; la *somnolence* insolite dans la journée, les *changements de caractère*, l'apparition de *névralgies* (névralgies dentaires en dehors de toute lésion) ou la disparition de troubles nerveux habituels, tels que la migraine ; *c*, du côté de l'appareil urinaire : *volla-*

*kyurie* parfois douloureuse sans symptômes de cystite ; *urines* troubles, chargées de phosphates, se recouvrant d'une pellicule de *kyestéine*, etc. ; *d*, du côté de l'appareil vasculaire ; *symptômes généraux de pléthore* et, tout spécialement, *apparition précoce de varices des membres inférieurs et des organes génitaux*, en particulier chez les femmes multipares.

Vers le milieu du cinquième mois de la grossesse, les femmes accusent la sensation des *mouvements actifs du fœtus* ; parfois plus tôt (femmes multipares), parfois tardivement, lorsqu'une épaisse couche de liquide éloigne les membres du fœtus de la paroi utérine (hydramnios). En réalité, ce signe n'a pas grande valeur par lui-même, car, dès qu'il apparait, l'accoucheur est en mesure soit de sentir par le palper les diverses parties fœtales, soit d'entendre les *batttements du cœur* de l'enfant ; à s'en tenir à ce renseignement fourni par la femme, sans procéder ensuite à l'investigation physique, on s'exposerait à l'erreur : toute femme qui, par auto-suggestion, se persuade à tort qu'elle est enceinte, sent remuer l'enfant. — On ne doit pas manquer, toutefois, d'interroger la femme sur la date d'apparition des premiers mouvements actifs perçus par elle ; si la conception a eu lieu au cours de l'aménorrhée, on peut apprécier assez exactement l'âge de la grossesse en comptant que celle-ci datait de quatre mois et demi au moment de ces premières sensations perçues ; en outre, si après avoir senti remuer normalement l'enfant d'une façon régulière et continue, la femme dit ne plus percevoir les mouvements, et si, de plus, elle voit disparaître en partie les troubles sympathiques que nous venons de mentionner, il y a forte présomption que l'enfant a succombé, ce dont on s'assurera, d'ailleurs, par le palper et surtout par l'auscultation.

*B. INSPECTION.* — Toute femme enceinte doit être examinée dans tous ses appareils. L'accoucheur doit tout particulièrement s'assurer, par la vue et le palper combinés, de l'état de correction du squelette. Pour peu qu'une femme accuse soit un début tardif de la marche, soit une interruption de la locomotion dans le jeune âge, on doit soupçonner l'existence du rachitisme. C'est là un point important pour le pronostic et



la conduite à tenir à l'occasion de la grossesse dans le cas où la dystrophie osseuse a déterminé un rétrécissement du bassin.

L'inspection des téguments peut déceler l'existence d'éphélides, de varices, l'apparition de vergetures, rosées si elles datent de la grossesse actuelle, blanches et nacrées si elles sont anciennes. Chez les femmes très brunes, rien n'est plus commun que de voir se développer une pigmentation considérable des téguments, spécialement au niveau de la zone génitale.

Dès le début de la grossesse, les seins se modifient : ils augmentent de volume ; les femmes se plaignent de picotements dans la profondeur de la glande. Autour de l'aréole vraie se développe, chez les femmes brunes, une large zone de pigmentation en forme de mouchetures ; c'est l'aréole secondaire dite encore mouchetée ou tigrée. Sur l'aréole vraie se développent, au nombre de douze à vingt, des saillies du volume d'une lentille dites *tubercules de Montgomery*.

En quelques cas, il se produit une sorte d'œdème de la couche sous-aréolaire. L'aréole paraît alors comme boursoufflée, convexe, en forme de verre de montre ; c'est là un des meilleurs signes de présomption de la grossesse, mais malheureusement ce signe est loin d'être constant.

Le *mamelon* devient plus volumineux et plus sensible. En le prenant à sa base on en fait sourdre une ou plusieurs gouttelettes d'un liquide soit simplement citrin, soit opalescent et strié de jaune : c'est le *colostrum*.

L'apparition du *colostrum* chez une femme primigeste et bien portante, a une bonne valeur séméiologique : toutefois on la constate chez des nullipares à la suite d'excitations génitales intenses, d'excès de coït. Chez les multipares ayant allaité, comme chez les femmes atteintes d'affections de l'utérus et des annexes, la présence du *colostrum* dans les seins n'a guère de signification, au point de vue de l'existence d'une grossesse.

L'augmentation de volume et la déformation du ventre, n'indiquent rien autre chose que le développement d'une tumeur intra-abdominale. Au cours de la grossesse, l'intumescence débute par la région hypogastrique, à partir du

troisième mois. Mais, fait assez remarquable, alors même que l'utérus gravide est encore organe totalement pelvien, c'est-à-dire dans les deux premiers mois, la taille s'élargit et se déforme, phénomènes dont les femmes s'aperçoivent avant le médecin, d'après la manière dont s'ajuste leur costume. Vers le cinquième mois, la cicatrice ombilicale tend à se niveler par rapport à la surface de l'abdomen, et, à la fin de la grossesse, il n'est pas rare de la voir devenir saillante. En augmentant de volume, l'abdomen dessine une saillie ovoïde, à grand axe incliné le plus souvent de haut en bas et de droite à gauche. Chez les femmes dont les tissus sont dénués de tonicité ; chez les multipares, et chez les femmes qui sont atteintes de viciation pelvienne, la paroi abdominale peut être refoulée en avant et tomber au-devant des cuisses, ce qui est dû à une bascule anormale, en avant, de l'utérus gravide. Cette disposition a reçu le nom de ventre en besace, *abdomen pendulum*, *venter propendulus*, etc.

Mais ces modifications de volume et de direction imprimées à l'utérus par la grossesse seront, mieux que par l'inspection, appréciées par le palper abdominal.

**C. PALPER ABDOMINAL.** — Le palper abdominal peut être pratiqué seul ou concomitamment avec le toucher vaginal. Dans ce second cas, on peut dire qu'il constitue un temps accessoire, mais indispensable, du toucher vaginal.

Le palper abdominal, indépendant du toucher, ne sert au diagnostic de la grossesse qu'à partir du troisième mois, c'est-à-dire quand le fond de l'utérus a franchi, de bas en haut, la marge du bassin et est devenu accessible au-dessus des pubis. Toutefois, dans la première moitié de la grossesse, il n'est de quelque utilité que combiné au toucher.

A partir de quatre mois et demi, le palper, pratiqué en dehors du toucher, permet de suivre les progrès du développement de l'utérus et de constater la présence du fœtus *in utero*.

Par ce mode d'investigation on peut : 1° acquérir des signes de probabilité de la grossesse ; 2° apprécier l'âge de celle-ci ; 3° en connaître les qualités.

Un des meilleurs signes de probabilité de la grossesse repose



sur la perception du ballotement abdominal : vers le quatrième mois, quand on déprime doucement, en différents points, la paroi abdominale et la paroi utérine sous-jacente, on arrive à sentir un corps dur qui se déplace sous la main dans le liquide amniotique : la main éprouve une double sensation de choc : un premier choc est dû au contact médiat des doigts avec la partie fœtale ; celle-ci fuit sous l'impulsion qui lui est ainsi imprimée, et, revenant battre la paroi utéro-abdominale et la main, elle donne naissance à un second choc. Si cette sensation de corps solide flottant dans le liquide ne pouvait être perçue dans quelques états pathologiques, tels que : tumeurs pédiculées de l'intestin ou de l'utérus se déplaçant dans du liquide ascitique, ou bien, cloisons solides se déplaçant sous la main à l'intérieur d'un kyste pelvien, elle fournirait un signe de certitude et non de simple probabilité de la grossesse.

Le palper abdominal permet d'apprécier l'âge de la grossesse d'après la situation et la hauteur à laquelle s'élève le fond de l'utérus : en général, à trois mois, le fond de l'utérus déborde de deux travers de doigt le bord supérieur de la symphyse pubienne ; à quatre mois il est à égale distance de l'ombilic et du pubis ; à quatre mois et demi à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; à cinq mois au niveau de l'ombilic ; à six mois à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; à sept mois à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes ; à huit mois il affleure la base du thorax ; à huit mois et demi, il s'enfonce vers les fausses côtes ; à neuf mois il s'abaisse au même niveau qu'à huit mois si la présentation est engagée (primipares) ; au cas où il n'y a pas d'engagement, le diaphragme est refoulé de bas en haut.

Le même mode d'investigation renseigne sur les particularités du contenu de l'utérus : il y a hydropisie de l'amnios lorsque l'on constate l'existence de la fluctuation dans l'œuf ; grossesse multiple, quand on palpe au moins trois extrémités fœtales. On reconnaît la présentation et la position du fœtus, en comparant les sensations fournies par le contact des mains avec l'extrémité céphalique et avec l'extrémité pelvienne : la première des deux régions fœtales constitue une

tumeur dure, régulière et arrondie, saillante unilatéralement, du côté du front, quand la tête est fléchie (sommet), du côté de l'occiput quand elle est défléchie (face) ; la seconde, quoique arrondie comme la précédente, est moins consistante et moins régulière qu'elle ; de plus, on la reconnaît à la présence des membres pelviens pelotonnés à côté d'elle. La position se détermine par le palper du plan dorsal du fœtus.

Avec quelque habitude de l'examen clinique, on arrive à apprécier l'âge de la grossesse dans le cours des trois derniers mois de la grossesse, d'après la constatation du volume du fœtus, par le palper. Toutefois, on n'obtient ainsi qu'une simple présomption en raison des variantes que présente le poids du fœtus à terme, et de l'inégalité de développement d'une femme à une autre, et, chez la même femme, d'une grossesse à une subséquente.

Le palper est d'importance capitale dans le diagnostic différentiel de la grossesse avec les tumeurs abdominales et dans le diagnostic de l'existence de la grossesse lorsque celle-ci est compliquée de tumeur de la zone génitale. Il est en général facile de distinguer les néoplasmes abdominaux qui dépendent du foie et de la rate, de ceux qui dépendent de l'utérus et de ses annexes ; ce sont les mêmes signes différentiels qu'en dehors de la grossesse. Mais il est assez malaisé, parfois, lorsque l'excès de distension des parois de l'abdomen rend le palper est incertain, de savoir si on se trouve en présence d'un kyste de l'ovaire ou d'un utérus gravide avec œuf hydropique, ou bien s'il y a concomitance de kyste et de grossesse. Les meilleurs caractères distinctifs s'acquièrent en ce cas par un palper prolongé ; s'agit-il d'un utérus gravide, on sentira, au cours du palper, la tumeur se durcir et changer de forme ; jamais, au contraire, un kyste de l'ovaire ne présentera de contractions : y a-t-il concomitance de kyste et grossesse, au cours des contractions utérines, un sillon devenu très net séparera les deux tumeurs, dont l'une deviendra dure tandis que l'autre conservera une consistance égale.

Plus difficile encore, en certains cas, est le diagnostic différentiel de la grossesse d'avec les corps fibreux utérins, et



le diagnostic de la coïncidence des deux états. L'interrogatoire fournira de très importants éléments de diagnostic par présomption en faisant connaître les troubles utérins de date ancienne; le toucher sera spécialement utile quand il existera des tumeurs fibreuses plongeant dans le petit bassin. Mais en présence d'une tumeur purement abdominale, ce sera par une étude attentive du contenu de l'utérus, à l'aide du palper, qu'on pourra se prononcer; parties fœtales et corps fibreux se ressemblent quelquefois de façon à donner lieu à la méprise. Toutefois, les corps fibreux, en dehors de la grossesse, offrent une consistance ferme qui contraste avec la mollesse de l'utérus gravide; on ne sent pas, dans le cas de fibrome, de collection liquide dans laquelle ballottent des parties solides à l'intérieur de la tumeur. Quand il y a grossesse et corps fibreux, il faut, comme pour les kystes de l'ovaire, attendre une contraction en prolongeant le palper. S'agit-il de parties fœtales qu'on penserait être des corps fibreux, pendant la contraction, on sent ces parties fœtales s'effacer sous le doigt, masquées qu'elles sont par la dureté uniforme de l'enveloppe musculaire. Si l'on est en présence de corps fibreux, au contraire, pendant les contractions de l'utérus gravide, ceux-ci deviennent plus superficiels, leurs contours s'accusent davantage comme si, en se contractant, l'utérus tendait à les énucléer sous le péritoine. Ce caractère fait défaut pour les polypes sous-muqueux.

*D. AUSCULTATION.* — L'auscultation obstétricale fournit des signes de présomption, de probabilité, et de certitude.

Comme signe de présomption nous citerons le souffle utérin : ce bruit perçu par le stéthoscope en un point quelconque, mais principalement sur les côtés de la tumeur hypogastrique, apparaît vers le milieu du quatrième mois de la grossesse. Il est simple ou double, intermittent ou continu avec renforcement, léger ou râpeux, mobile ou fixe. Il est produit par la différence de calibre des vaisseaux sanguins qui s'élargissent en pénétrant dans les parois utérines. Ce souffle, isochrone au pouls maternel, se rencontre fréquemment lorsqu'il existe dans l'abdomen des tumeurs

autres que l'utérus gravide, dans le cas de corps fibreux, en particulier.

À l'aide du stéthoscope on peut percevoir les mouvements actifs du fœtus : l'oreille éprouve une double sensation de bruit et de choc. C'est là un bon signe de probabilité. Toutefois on peut confondre avec les mouvements fœtaux le déplacement brusque d'une anse intestinale ou encore la secousse due au passage d'un borborygme.

Le signe de certitude, par excellence, est la perception, par l'oreille, des battements du cœur du fœtus; ces battements sont doubles, au nombre de 120 à 150 par minute; on les a justement comparés au tic tac d'une montre auscultée à travers les parois d'un gousset de gilet. La seule erreur d'appréciation consisterait à confondre avec les bruits du cœur fœtal, dans le cas de tachycardie, les battements du cœur maternel propagés jusqu'à l'abdomen par l'épigastre ou les secousses dues au soulèvement de la tumeur abdominale par les pulsations aortiques. Il suffit, pour éviter l'erreur, de prendre le pouls maternel, en comptant les battements perçus par l'oreille. Il n'y a pas isochronisme.

C'est vers quatre mois et demi, en moyenne, que l'on commence à entendre le cœur fœtal, rarement à la fin du troisième mois, mais assez souvent beaucoup plus tard, en particulier quand il existe des corps fibreux utérins ou de l'hydramnios établissant un écran liquide entre l'oreille et le fœtus.

L'auscultation des battements du cœur présente un maximum d'intensité qui répond au plan latéral gauche du fœtus (sauf dans les cas où cette région est orientée en arrière, position O. I. G. P.). D'après la situation de ce foyer maximum, on peut reconnaître, sinon la variété de présentation, du moins la position de la présentation. Nous dirons cependant que ce mode d'investigation est de beaucoup inférieur au palper en ce qui concerne le diagnostic de l'attitude du fœtus, abstraction faite des cas où le palper est très difficile. Tout au plus quand les parois utéro-abdominales sont souples doit-il servir à corroborer les données fournies sur ce point par la palpation. Sa valeur est plus grande dans le diagnostic de la grossesse gémellaire : lorsque le globe utérin est sur-



distendu par la présence de deux fœtus, surtout, comme cela est fréquent, lorsqu'il y a hydramnios de l'un des deux œufs, il peut être fort difficile de discerner à la main, l'existence de trois ou de quatre extrémités fœtales. Il suffit de distinguer, au cours d'une même séance d'examen, deux foyers de battements du cœur, bien isolés l'un de l'autre, et offrant un nombre de pulsations inégal dans le même temps, pour avoir la certitude absolue d'une grossesse multiple.

Quelquefois, au lieu des battements du cœur du fœtus nettement frappés, on entend un souffle couvrant l'un des deux bruits ou même les deux : suivant que le souffle s'entend en un point limité, ou qu'il couvre toute l'aire d'auscultation du cœur fœtal, on dit que le souffle est d'origine funiculaire ou cardiaque.

L'absence des battements du cœur perceptibles au stéthoscope, coïncidant avec la cessation des mouvements actifs du fœtus et avec un excès ou un défaut dans la consistance des parois de l'utérus, permet de conclure à la mort du produit de conception.

*E. TOUCHER.* — Jusqu'au commencement de ce siècle, le toucher vaginal était le seul mode d'investigation couramment usité par les accoucheurs pour le diagnostic de la grossesse. L'auscultation date en effet de 1820 (Lejumeau de Kergardec) et le palper, bien qu'ayant été succinctement pratiqué au siècle dernier par Dyonis, Puzos, Levret, Wigand, ne figure comme temps spécial et obligatoire, dans l'examen obstétrical, que depuis l'enseignement de Matteï, de Tarnier et, plus spécialement, depuis les recherches de Pinard qui en a magistralement exposé et systématisé la technique. Jadis on demandait tous les renseignements au toucher; dans les cliniques, la salle d'examen obstétrical portait le nom de salle du toucher; aujourd'hui, dans quelques maternités, dans le service de Léopold, à Dresde, par exemple, le toucher est proscrit sauf indications exceptionnelles, tant pendant la grossesse qu'au cours de l'accouchement, et la raison de cet ostracisme réside dans la crainte de la contamination septique de la cavité utérine. Nous ne craignons pas de dire, avec Tarnier, que cette prohibition du toucher

puerpéral est absolument déraisonnable. L'asepsie et l'antisepsie permettent de mettre les femmes à l'abri de l'infection, et, renoncer au toucher, c'est se priver du seul moyen de faire le diagnostic précoce de la grossesse, de prévoir et de prévenir certaines complications de la grossesse et de l'accouchement, telles que viciations pelviennes, procidence du cordon, etc., avec toute la précision nécessaire et en temps opportun.

Par le toucher, on constate de très bonne heure, les changements qui surviennent au niveau de l'utérus : ramollissement progressif du col s'effectuant de bas en haut, béance de la cavité cervicale (multipares); dans la dernière quinzaine de la grossesse, et dans le plus grand nombre de cas, effacement du moignon cervical, lequel, après s'être préalablement hypertrophié et allongé, diminue progressivement de hauteur de haut en bas.

Dès le second mois de la grossesse, — spécialement quand on connaît l'utérus, c'est-à-dire quand on a eu l'occasion de l'examiner avant la fécondation — et quand un excès d'épaisseur ou de tonicité de la paroi abdominale n'apporte pas des difficultés insurmontables à l'exploration, on est en mesure de porter le diagnostic de grossesse à l'aide du toucher combiné au palper. Il ne saurait s'agir d'un diagnostic de certitude, à cette époque hâtive, mais un accoucheur quelque peu exercé peut déjà annoncer la grossesse comme très probable. Ce n'est pas par le simple toucher du col qu'il convient de chercher alors les éléments du diagnostic, mais en saisissant le corps utérin entre le doigt glissé dans le vagin et la main placée sur l'hypogastre; on perçoit ainsi l'augmentation de volume, le changement de forme de l'utérus, qui de triangulaire et aplati, est devenu sphéroïdal et surtout, — caractère sur lequel nous ne saurions trop insister — une modification de consistance toute spéciale. Au lieu d'être dur et comme fibreux sous le doigt, le corps utérin, tantôt dans son ensemble, tantôt sur une de ses deux faces seulement, acquiert une consistance molle, que nous ne saurions mieux comparer qu'à celle que donne au doigt la pression d'une figue à demi mûre. Il suffit de l'avoir sentie une fois pour la reconnaître toujours aisément. Ce signe



d'importance capitale est connu en Allemagne sous le nom de signe de Hegar. Il y a plus de cinquante ans, P. Dubois l'indiquait déjà dans ses leçons cliniques.

A partir du quatrième mois de la grossesse, lorsque, dans le toucher on déprime, par une brusque pression du doigt, la paroi vaginale et la paroi du segment inférieur de l'utérus soit en arrière, soit plutôt en avant du col, on détermine un déplacement en masse du fœtus; comme pour le ballottement abdominal le doigt perçoit alors un double choc qui est dû au départ et au retour de la partie fœtale; c'est le *ballottement vaginal*. Ce ballottement disparaît vers la fin du huitième mois; à partir de ce moment, en refoulant du doigt la partie fœtale qui se présente, on n'éprouve plus qu'un seul contact ininterrompu; au ballottement a succédé ainsi le *soulèvement vaginal*. Toutefois le ballottement vaginal peut persister jusqu'à la fin de la grossesse, il indique en ce cas une hydropisie de l'amnios. Ballottement et soulèvement vaginaux ne constituent que des signes de probabilité de la grossesse: ces deux signes présentent, en effet, dans leur appréciation les mêmes causes d'erreur que le ballottement abdominal.

Le toucher fournit le second signe de certitude absolue, qui vient après l'auscultation du cœur fœtal: c'est le toucher direct des parties fœtales à travers les membranes de l'œuf. Il est superflu, et, dans une certaine mesure, dangereux de rechercher ce signe au cours de la grossesse; outre qu'une investigation intra-utérine, que rien ne nécessite, peut déterminer la rupture de l'œuf, elle expose à l'infection par l'ascension intra-utérine des germes habitant le vagin et par la destruction de la barrière protectrice, représentée par le bouchon gélatineux du col. A ce toucher profond peut donc s'appliquer spécialement et avec justesse la proscription édictée par quelques accoucheurs contre le toucher en général, mais seulement au cas où rien d'anormal ne se produit au cours de la grossesse qui attire l'attention sur une disposition fâcheuse du côté du segment inférieur de l'utérus, telle, par exemple, que l'insertion vicieuse du placenta.

A travers les parois du segment inférieur de l'utérus, très aminci dans les derniers mois de la grossesse quand il y a

engagement du fœtus, on arrive, par le toucher, à reconnaître avec la plus grande précision la présentation et, d'après l'orientation du point de repère choisi sur cette présentation (occiput et petite fontanelle, sacrum et coccyx) la position de cette présentation. Toutefois le diagnostic a dû être fait au préalable par le palper et le rôle du toucher, à ce point de vue, se réduit, comme celui de l'auscultation, à faire simplement la preuve du diagnostic établi par le palper.

Le toucher sert, en outre, à reconnaître l'état de bonne ou de mauvaise conformation du bassin. Il porte, dans ce temps de l'examen, le nom de toucher mesurateur (Pinard).

L'accoucheur est amené en certains cas à pratiquer le toucher rectal: ce mode d'investigation n'est guère utile que dans les cas où l'on soupçonne une grossesse ectopique, ou quand il existe des corps fibreux occupant la paroi postérieure du segment inférieur de l'utérus.

*Examinons, maintenant, le cas où la matité est sus-ombilicale et se prolonge du côté du bassin sans y atteindre, séparée qu'elle en est par une zone de sonorité;* la malade indique de plus que la tuméfaction a commencé par la partie supérieure de l'abdomen, pour descendre petit à petit.

L'affection siège alors dans le foie ou dans le rein, si c'est du côté droit; dans le rein presque à coup sûr si la tuméfaction est à gauche, les tumeurs de la rate étant d'une très grande rareté.

Supposons que la tumeur siège à droite. A quels signes reconnaîtra-t-on si elle appartient au foie ou si elle dépend du rein? Ici on est obligé de faire intervenir la consistance de la néoplasie. Si elle est fluctuante, en effet, et d'un certain volume, le nombre d'affections avec lesquelles elle pourrait être confondue est immédiatement limité, c'est ou un kyste hydatique du foie, ou une hydronéphrose et, pour distinguer ces deux maladies l'une de l'autre, on s'appuiera sur les caractères que nous avons déjà donnés plus haut.

Si, au contraire, la consistance de la tumeur est dure ou douteuse, il faut invoquer d'autres symptômes. Quand il s'agit du foie, comme cet organe obéit aux mouvements du diaphragme, on commandera au malade d'effectuer de



grandes inspirations, suivies de grandes expirations et on appréciera, par le palper, si la tumeur est impressionnée par ces mouvements. Si on perçoit de la mobilité, la tuméfaction provient de la glande hépatique, mais elle peut y prendre son origine sans être influencée par les mouvements respiratoires; il faut donc avoir recours à d'autres moyens. On cherchera de quel côté elle fait le plus saillie: si c'est en avant, se dirigeant vers le creux épigastrique et laissant le flanc droit à peu près indifférent, on peut présumer qu'il s'agit de quelque chose d'hépatique; si au contraire la saillie est surtout nette à la région lombaire, si c'est par ce point qu'elle a commencé, on poussera l'examen du côté du rein.

Quand la tumeur appartient au foie, elle déforme souvent les côtes droites en les rejetant au dehors. De plus, une palpation attentive, au-dessous de celles-ci, permet quelquefois, d'avoir une sensation bien nette qui montre bien que le foie est en cause et même que sa surface est comme bosselée.

*Le foie a été écarté ou bien la tumeur a eu son point de départ en haut et à gauche.* C'est le rein qui doit faire l'objet des investigations du clinicien.

On recherchera donc le ballottement rénal (voir *exploration Clinique*) et, si on le trouve, on aura de fortes présomptions en faveur d'une maladie du rein; mais il faut savoir que ce signe n'est pas pathognomonique et que certaines affections telles que des abcès remontant dans la région lombaire, par exemple, peuvent donner lieu à une sensation absolument analogue.

La percussion donne aussi des renseignements utiles dans les cas où, profondément, on sent une tumeur. Si cette tumeur appartient au foie, la percussion à son niveau donnera de la matité; elle donnera de la sonorité si la tuméfaction appartient au rein, séparée qu'elle est, de la paroi, par le côlon en général distendu par des gaz.

Quelquefois la palpation permettra de reconnaître vaguement la forme du rein considérablement augmenté de volume et présentant une surface plus ou moins irrégulière.

L'étude des urines, la présence d'hématuries confirmeront non seulement la localisation au rein, mais encore permettront de diagnostiquer la variété de l'affection à laquelle on

a affaire. Nous renvoyons pour ces différents points aux traités spéciaux.

Les *tumeurs de la rate*, quand l'affection siège à gauche, peuvent être confondues avec celles du rein, mais les signes que nous venons d'énumérer font défaut; de plus, la tuméfaction a plus de tendance à faire saillie du côté de l'abdomen que dans la région lombaire. Enfin quand la tumeur est liquide, c'est à un kyste hydatique qu'on a affaire et la ponction pourra seule fixer le diagnostic.

Quand la tumeur est solide au contraire, elle présente une configuration particulière: c'est un gâteau allongé, aplati, qui présente un bord tranchant dans lequel on peut reconnaître la forme conservée du bord de la rate et quelquefois même on y sent une échancrure. Cette masse dure est un peu mobile et on peut même, dans certains cas, lui faire esquisser comme un mouvement de bascule; enfin la percussion montrera une matité remontant sur la partie latérale du thorax laissant de la sonorité dans la région lombaire.

Il existe encore d'autres tumeurs provenant du mésentère, de l'épiploon, du pancréas qui peuvent être confondues avec les tumeurs du rein, mais leur diagnostic est d'une difficulté telle qu'il est pour ainsi dire impossible. Nous allons cependant indiquer les principaux signes qui permettent d'avoir des présomptions, en faveur de l'une ou de l'autre.

Les *tumeurs du mésentère* sont excessivement mobiles, c'est leur principal caractère; elles sont médianes, voisines de l'ombilic et présentent en général une zone sonore en avant d'elles.

Les *tumeurs de l'épiploon*, qui sont facilement confondues avec celles du mésentère, s'en différencient par les caractères suivants. La mobilité de la masse est moindre, et de plus, la percussion donne de la matité au niveau de la tuméfaction.

Enfin, les *tumeurs du pancréas* (ce sont presque toujours des kystes) sont médianes comme celles du mésentère, mais beaucoup moins mobiles et la percussion, à leur niveau, déterminerait un bruit hydroaérique.

Jules Bœckel, dans son étude sur les kystes pancréatiques, conseille dans les cas douteux de recourir à la méthode de Nunkowsky et Naunyn qui consiste à pratiquer le gonflement



artificiel de l'estomac par le gaz acide carbonique (ingestion de bicarbonate de soude et d'acide tartrique) et à faire des injections massives d'eau dans le gros intestin.

Cette augmentation de volume du tube digestif, a pour résultat, d'enfoncer la tumeur dans la région lombaire quand elle appartient au rein, et de la faire saillir dans cette région tandis qu'elle disparaît pour ainsi dire en avant. Quand la tumeur appartient au contraire au pancréas, elle reste dans une position à peu près invariable. Disons de suite que cette méthode n'est pas de pratique courante.

## ŒSOPHAGE

### EXPLORATION

L'œsophage est un conduit musculo-membraneux qui s'étend du pharynx à l'estomac, soit du disque qui sépare la 6<sup>e</sup> de la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale, à la 11<sup>e</sup> vertèbre dorsale. Au point de vue clinique, il faut placer la limite supérieure de l'œsophage au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde, toujours accessible sur le vivant. Le toucher pharyngien le plus profond ne peut atteindre l'orifice supérieur de ce conduit qui se trouve, à 15 centimètres en arrière des arcades dentaires, chez l'adulte.

L'œsophage traverse, successivement, la partie inférieure du cou, le thorax dans toute sa hauteur et plonge, enfin, dans la partie toute supérieure de l'abdomen. Aussi, lui distingue-t-on trois portions : cervicale d'une longueur de 5 centimètres environ, thoracique qui mesure 18 centimètres, abdominale haute de 2 à 3 centimètres ; ce qui donne une longueur totale d'environ 24 à 25 centimètres. Inaccessible aux moyens d'investigation habituels, dans ses portions thoracique et abdominale, il l'est également, à l'état normal, dans la région cervicale, bien qu'il déborde la trachée à gauche ; toutefois dans l'espace qui s'étend du bord inférieur du cartilage cricoïde à la fourchette sternale, on peut, par une palpation profonde, sentir un instrument, un corps étranger, introduit dans sa cavité, un néoplasme qui l'a envahi.

L'œsophage a une direction verticale ; il présente bien deux inflexions latérales, mais ces courbures, peu prononcées, sont négligeables en clinique, et ne sauraient gêner l'introduction des cathéters droits, avec lesquels on explore ce conduit. Il présente des points rétrécis (cricoidien, aortique