

On ne peut nier que dans certains cas de cancer de l'ovaire et du péritoine l'incision exploratrice paraisse accélérer le dénouement fatal. Mais ces cas funestes sont largement compensés par ceux où l'incision exploratrice démontre la nature non maligne d'une tumeur qu'on croyait cancéreuse, ainsi que par ceux où, grâce à l'incision exploratrice, on peut pratiquer à temps une opération radicale.

Bien plus, il existe des exemples qui démontrent que l'évolution de la maladie peut parfois être considérablement ralentie dans les cas où, après l'ablation de l'ovaire malade, on aurait laissé sur le péritoine quelques végétations cancéreuses et même lorsqu'on se borne à une incision uniquement exploratrice sans toucher aux tumeurs.

*Zweifel*<sup>1</sup> se montre du même avis, au sujet de l'intervention dans l'ascite gynécologique, car il a eu des résultats désastreux avec l'incision exploratrice dans les cas de tumeurs abdominales malignes (mort par péritonite septique) tant qu'il n'évacuait pas complètement le liquide ascitique ; mais depuis qu'il a soin de bien vider et d'éponger la cavité péritonéale, il n'a plus perdu de malades à la suite d'incisions exploratrices.

La conclusion est que dans les cas d'ascite liée à une affection gynécologique, alors qu'il y a indication d'intervenir, mieux vaut le faire par la laparotomie que par une simple ponction aspiratrice. Lorsqu'on aura pratiqué la laparotomie et évacué le liquide ascitique, on fera l'ablation de la tumeur, si cela est possible, puis on refermera l'ouverture abdominale en se conformant à tous les détails de l'antisepsie la plus minutieuse et qui rendent l'opération inoffensive ; la laparotomie sera curatrice dans le premier cas, simplement palliative et exploratrice dans le second.

<sup>1</sup> *Vorlesungen über klinische Gynäkologie*. Leipzig, 1892.

## CHAPITRE XV

# DIAGNOSTIC DES GÉNITOPATHIES



SOMMAIRE

	Pages.
I. <i>Troubles extra-génitaux.</i>	
Système nerveux . . . . .	1 819
— digestif . . . . .	2 820
— respiratoire . . . . .	3 822
— circulatoire . . . . .	4 822
Seins . . . . .	5 822
Système urinaire . . . . .	6 823
Etat général . . . . .	7 826
II. <i>Troubles génitaux.</i>	
<i>Interrogatoire.</i>	
<i>Troubles douloureux.</i>	
Douleurs . . . . .	8 827
Coliques . . . . .	9 830
Prurit . . . . .	10 832
<i>Troubles fonctionnels.</i>	
Aménorrhée . . . . .	11 832
Ménorragie . . . . .	12 832
Dysménorrhée . . . . .	13 832
Stérité . . . . .	14 832
Troubles de la fonction sexuelle . . . . .	15 832
Sensation de mouvements intra-abdominaux . . . . .	16 832
<i>Inspection.</i>	
Augmentation du volume abdominal . . . . .	17 833
Modifications de la coloration abdomino-génitale . . . . .	18 833
Vergetures . . . . .	19 834
Modifications de l'ombilic . . . . .	20 834
Ulcération et tumeurs des organes génitaux . . . . .	21 835
Ecoulements non sanguins . . . . .	22 835
— sanguins . . . . .	23 837
<i>Palpation et percussion.</i>	
Tympanisme abdominal . . . . .	24 838
Fluctuation addominale . . . . .	25 838
Tumeurs abdominales . . . . .	26 839
<i>Auscultation.</i>	
Bruits intra-abdominaux . . . . .	27 839
<i>Toucher.</i>	
Modifications du vagin . . . . .	28 840
— du col . . . . .	29 840
Toucher intra-utérin . . . . .	30 841
Tumeur pelvienne perçue au toucher . . . . .	31 841

DIAGNOSTIC DES GÉNITOPATHIES

Jusqu'ici nous avons procédé de l'étude de la maladie à celle du symptôme ; dans ce dernier chapitre, qui servira en quelque sorte de résumé à tout le livre, je me propose de prendre chaque symptôme en particulier et d'en faire l'étude séméiologique, c'est-à-dire de remonter du symptôme à la maladie. J'étudierai les symptômes dans l'ordre indiqué par le sommaire.

1. — SYSTÈME NERVEUX

Le système nerveux, essentiellement impressionnable chez la femme, ne demande qu'un prétexte pour devenir maladif.

Ce prétexte, qu'il atteigne la volonté, la sensibilité, ou la motilité est souvent d'origine génitale.

**VOLONTÉ.** — Quand, sans cause apparente, le caractère est notablement modifié, pensez soit au début d'une grossesse, soit à une génitopathie ; l'examen direct démontrera si la cause soupçonnée existe réellement.

**SENSIBILITÉ.** — Les troubles de la sensibilité consistent en une impressionnabilité exagérée et en névralgies diverses.

Au paragraphe 8 il sera question des névralgies directement en rapport avec les maladies génitales telles que névralgies abdominales, crurales, sciatiques.

Les gastralgies, palpitations, céphalalgies, névralgies faciales peuvent dépendre d'une maladie génitale, qu'elle atteigne l'utérus ou les annexes. Aussi chez une femme, présentant semblables troubles douloureux, ne faut-il pas omettre d'interroger le système génital, et souvent, contrairement à l'attente de la patiente, on trouvera dans l'utérus ou son voisinage la cause du mal, et on saura y porter remède. Nombre de thérapeutes ont échoué dans la cure de ces troubles pour n'avoir pas su trouver la cause.

**MOTILITÉ.** — Paralysies, spasmes, convulsions, contractures, peuvent être d'origine génitale.

En dehors de la puerpéralité, qui, soit pendant la grossesse, soit pendant les accidents septicémiques du postpartum, peut être cause d'hémiplégie,



paraplégie ou paralysie partielle, les maladies génitales amènent parfois des paralysies d'origine réflexe. Bien que ces paralysies soient très rares, et que leur existence ait été niée par *Aran*, quelques observations semblent cependant établir leur réalité<sup>1</sup>. En tous cas la présence d'une paralysie, dont la cause ne peut être trouvée, doit conduire à l'exploration attentive du système génital, et si on trouve une maladie de ce système, on tentera sa cure dans l'espoir de guérir en même temps le trouble moteur.

## 2. — SYSTÈME DIGESTIF

Toute maladie génitale semble avoir un écho dans le système digestif; aussi toute femme dont la digestion laisse à désirer doit-elle être examinée génitalement.

Les troubles du système digestif comprennent :

- Les modifications de l'appétit.
- Les modifications de la digestion stomacale.
  - Douleurs.
  - Vomissements.
- Les modifications de la digestion intestinale.
  - Douleurs.
  - Diarrhée et constipation.
- Les modifications de la défécation.
- Les modifications des matières fécales.

**APPÉTIT.** — La diminution, l'augmentation ou la perversion de l'appétit met souvent sur la piste d'une grossesse à son début. Les maladies génitales ne font que diminuer l'appétit soit par action réflexe, soit par la fièvre dont elles sont parfois la source.

**DOULEURS STOMACALES.** — La grossesse se manifeste plus volontiers par une sensation de douleur épigastrique avec sensation de brûlure remontant le long de l'œsophage (pyrosis), tandis que les maladies génitales s'accompagnent plutôt de digestion lente et pénible avec malaises et sensibilité épigastriques. Le ventre se ballonne et nécessite le relâchement des vêtements : éructations fréquentes.

**VOMISSEMENTS.** — Les vomissements sont un accident banal de la grossesse; ils surviennent de préférence à jeun au moment où la femme fait les premiers mouvements pour quitter le lit. Exceptionnellement la gravité de ces vomissements est telle que la vie de la femme sera mise en danger (vomissements incoercibles de la grossesse).

Les vomissements s'observent aussi avec fréquence dans les maladies géni-

<sup>1</sup> Esnault. *Des paralysies symptomatiques de la métrite et du phlegmon péri-utérin.* Thèse Paris, 1857. — Vallin. *Des paralysies sympathiques de l'utérus et de ses annexes.* Thèse Paris, 1858.

tales; deux circonstances en favorisent particulièrement la production, à savoir la fièvre et l'inflammation du péritoine (pelvi-péritonite ou péritonite). Aussi dans toute génitopathie, quand on voit survenir des vomissements tenaces et intenses, faut-il redouter l'inflammation péritonéale.

**DOULEURS INTESTINALES.** — Trois formes de douleurs intestinales peuvent être observées dans le cours des génitopathies :

- Coliques;
- Douleurs spontanées;
- Douleurs à la pression.

Les coliques intestinales ne sont pas rares dans le cours des affections génitales; toutefois elles ne semblent pas liées à l'état même des organes génitaux, mais à la constipation ou aux troubles digestifs qui en sont la conséquence.

Chez certaines génitopathes tout le ventre devient douloureux, sorte de névralgie intestinale généralisée, qui dépend du trouble même des fonctions digestives.

La douleur à la pression existe de préférence sur le trajet du gros intestin; la main qui explore le cœcum y réveille la douleur, et détermine en même temps des gargouillements malgré la constipation habituelle du sujet; tout le reste du gros intestin est également douloureux, et de plus rétracté, réduit à l'état de corde, qu'on peut nettement sentir à travers la paroi abdominale.

Ces divers symptômes ont été englobés par *Glénard* dans l'affection désignée sous le nom d'*entéroptose*, variété de dyspepsie d'origine mécanique dont la nature exacte n'est pas encore complètement connue et que nous avons précédemment étudiée.

**DIARRHÉE ET CONSTIPATION.** — La constipation est la règle chez la femme, surtout chez la citadine; elle s'exagère d'habitude sous l'influence de la grossesse et des maladies génitales; la diarrhée toutefois peut survenir d'une façon intermittente ou prolongée. Toute diarrhée se produisant avec fièvre doit faire soupçonner l'existence d'accidents septicémiques; sans fièvre elle constitue un symptôme banal de faible importance séméiologique à moins qu'il n'y ait lieu de craindre une intoxication mercurielle.

**DÉFÉCATION.** — La difficulté de la défécation est une conséquence fréquente de la grossesse et des génitopathies. Elle reconnaît une double cause: l'exagération habituelle de la constipation observée dans ces circonstances, et l'obstacle même apporté au fonctionnement du rectum, soit par l'utérus gravide, soit par la maladie génitale dont les produits pathologiques encombrant le petit bassin ou rendent douloureux les efforts expulsifs.

La défécation peut être troublée d'une autre façon par l'existence du *ténésme* anal, c'est-à-dire le fréquent besoin d'aller à la garde-robe. En dehors des affections propres à l'anus, le ténésme résulte soit de la compression exercée sur le sphincter anal par une tumeur génitale ou par l'utérus dévié,



soit d'une irritation réflexe à point de départ génital. Je me contente de mentionner en passant le ténésme, qui résulte de la pression exercée par la partie fœtale pendant la période expulsive de l'accouchement.

**MATIÈRES FÉCALES.** — Les matières fécales n'intéressent le gynécologue que par la forme spéciale rubannée qu'elles peuvent prendre en cas de rétrécissement recto-anal ou de compression par une tumeur de voisinage, et par la présence du pus révélant le plus souvent l'ouverture dans l'extrémité du tube digestif d'un abcès pelvien.

L'écoulement des matières fécales par la vulve indique l'existence d'une fistule.

### 3. — SYSTÈME RESPIRATOIRE

En dehors de la péritonite et de la septicémie, complication possible de la puerpéralité et des génitopathies, la respiration est rarement intéressée par la grossesse et les affections génitales.

Cependant l'utérus arrivé au terme de la grossesse et les tumeurs géantes du système génital peuvent entraver la respiration.

Le seul symptôme qui mérite ici de fixer notre attention est la toux utérine<sup>1</sup>, toux sèche, survenant par accès, et dont on ne peut trouver l'explication pathogénique dans l'état des voies respiratoires. Une lésion quelconque de l'utérus est susceptible de lui donner naissance; la lésion guérie, la toux disparaît.

### 4. — SYSTÈME CIRCULATOIRE

Contrairement à la grossesse qui apporte une gêne notable à toute la circulation du sang, les maladies génitales, à moins qu'il ne s'agisse d'une tumeur volumineuse, ne troublent pas le cours normal du sang.

Les palpitations, qui se montrent souvent dans le cours des génitopathies, sont un phénomène essentiellement nerveux, se produisant par voie réflexe. L'origine génitale possible des palpitations ne doit jamais être oubliée par le clinicien, qui en guérissant une maladie utérine guérira quelquefois des palpitations rebelles à tous les autres traitements.

### 5. — SEINS

Les seins sont un appendice du système génital, leurs relations avec la physiologie et la pathologie de ce système sont intimes.

Sous l'influence de la grossesse les seins subissent quatre modifications principales :

Augmentation de volume, pigmentation de l'aréole, hypertrophie des tubercules de Montgomery, présence de colostrum. Ces modifications sur-

<sup>1</sup> Voir Muller. *De la toux utérine*. Thèse, Paris 1887.

viennent à la période initiale de la gestation, alors que le diagnostic est souvent délicat à établir, et elles peuvent être d'un grand secours au médecin pour lever ses hésitations.

Malheureusement ces modifications ne sont pas pathognomoniques de la grossesse, elles peuvent survenir de préférence chez des multipares avec certaines maladies utérines, notamment avec la métrite, où l'augmentation de volume de l'utérus simule également l'état gravidique. On les observe encore dans certains cas de kystes ovariens, de telle sorte que leur valeur séméiologique se trouve de ce fait considérablement affaiblie.

Cependant dans le diagnostic d'une grossesse douteuse il ne faudra jamais omettre de rechercher les modifications des seins; jointes aux autres signes de probabilité, elles permettront d'étayer sur une base plus sûre la présomption de la conception.

### 6. — SYSTÈME URINAIRE

L'urine peut devenir pathologique.

Soit par le fait de sa *sécrétion* :

Quantité : Polyurie, oligurie, anurie ;

Qualité : Diabète, albuminurie.

Soit par le fait de son *excrétion* :

Hématurie, pyourie.

Les modifications de *quantité* de l'urine (polyurie, oligurie, anurie) dépendent de l'état des reins ou de celui de la circulation, elles ne sauraient donc intéresser directement le gynécologue.

**DIABÈTE.** — Le diabète a une importance plus grande en obstétrique qu'en gynécologie.

La glycosurie est fréquente chez la gestante et surtout l'allaitante, elle n'est redoutable que lorsque la quantité de sucre renfermée dans l'urine dépasse une certaine limite, par exemple 10 grammes par litre. On peut alors chez la gestante redouter l'avortement, ou si la grossesse continue son cours, des complications graves et rapidement mortelles.

En gynécologie, chez toute femme atteinte de prurit vulvaire il faut penser au diabète qui en est la cause la plus fréquente et tenace. Dans le traitement de toute génitopathie chez une diabétique, il ne faudra pas oublier le traitement parallèle du diabète, de manière à placer l'état général dans les conditions les plus favorables pour permettre la guérison locale.

**ALBUMINURIE.** — L'albuminurie, c'est-à-dire la présence d'albumine dans l'urine est importante chez la gestante, car elle constitue chez elle une menace d'éclampsie, menace d'ailleurs qu'on conjure le plus souvent en instituant à temps le régime lacté exclusif.



L'albuminurie n'intéresse le gynécologue qu'en lui révélant l'état pathologique des reins ou de la circulation sanguine, notion sans importance quant au diagnostic de la génitopathie, mais qui mérite une sérieuse considération quand il s'agit du pronostic ou de traitement.

**HÉMATURIE.** — L'hématurie est le pissement de sang.

Le sang mélangé à l'urine provient des reins, bassinets, uretères ou de la vessie. L'hémorragie, qui a pour origine l'urètre, se fait goutte à goutte et diffère par conséquent de l'hématurie.

La femme qui pisse du sang, quand elle n'a subi aucun traumatisme portant sur les voies urinaires, est atteinte d'une maladie de la vessie, des uretères, des bassinets ou des reins. Ces diverses maladies ont été étudiées au chapitre réservé aux voies urinaires.

Après toute opération portant sur le voisinage de la vessie, il sera bon de terminer par le cathétérisme vésical. L'urine venant claire indique l'intégrité de la vessie, chargée de sang, révèle au contraire une plaie vésicale à laquelle il conviendra de remédier sur-le-champ.

**PYOURIE.** — Dans la pyourie ce n'est plus du sang qu'on trouve dans l'urine, mais du pus. La provenance peut être la vessie, les uretères, les bassinets, les reins ou un abcès de voisinage ouvert dans les voies urinaires.

Par l'examen seul des urines, il est en général impossible de déterminer la provenance du pus, cependant une pyourie intermittente est plutôt symptomatique d'une suppuration périurinaire.

C'est par l'examen direct de la femme et par celui de ses antécédents qu'on arrive le mieux à poser le diagnostic causal de la suppuration.

**INCONTINENCE D'URINE.** — L'incontinence, c'est-à-dire l'écoulement involontaire d'urine, est tantôt la conséquence de la rétention dont elle constitue un épiphénomène, tantôt se produit à l'état isolé; cette dernière catégorie nous intéresse seule ici, l'autre sera vue avec la rétention.

L'incontinence vraie, c'est-à-dire sans rétention, se produit sous trois influences distinctes :

Causes locales ;  
Causes de voisinage ;  
Causes nerveuses.

**Causes locales.** — Ulcération, cancer, siégeant au col de la vessie. Dilatation et divulsion pratiquées pour l'exploration vésicale.

**Causes de voisinage.** — Tumeur comprimant et paralysant le sphincter vésical, compression trop prolongée exercée par la tête fœtale au moment de l'accouchement.

**Causes nerveuses.** — Toute maladie nerveuse, susceptible de paralyser les nerfs se rendant à la vessie ou plus particulièrement au sphincter vésical

pourra causer l'incontinence d'urine. Certaines névroses, l'épilepsie par exemple, amènent parfois l'écoulement d'urine, pendant l'accès, par relâchement momentané du sphincter vésical.

A cette même classe nerveuse appartient l'*incontinence nocturne d'urine*, affection propre à l'enfance et qui se produit tantôt par l'hyperexcitabilité du muscle vésical (miction consciente, mais ne pouvant être maîtrisée), tantôt par l'anesthésie des voies urinaires (miction inconsciente).

Des considérations qui précèdent, on voit qu'en dehors des tumeurs qui viennent comprimer le sphincter vésical, l'incontinence vraie dépend exceptionnellement d'une affection génitale.

**RÉTENTION D'URINE.** — Toutes les fois qu'il y a impossibilité partielle ou absolue à l'évacuation du contenu vésical, on dit qu'il y a rétention incomplète dans le premier cas, complète dans le second.

*Dysurie* signifie simple difficulté d'uriner; *ischurie*, une difficulté plus accentuée, *strangurie* est l'impossibilité absolue de la miction, en général accompagnée de ténisme.

La rétention d'urine, accident fréquent chez la femme, dépend d'une cause :

Tantôt uréthro-vésicale ;  
Tantôt de voisinage ;  
Tantôt de source nerveuse.

**Cause uréthro-vésicale.** — Paralysie du muscle vésical ou obstacle urétral. La paralysie résulte de toute inflammation ou tumeur altérant la paroi musculaire; l'obstacle est constitué par un calcul, un corps étranger, un rétrécissement, un caillot, ou simplement un spasme du sphincter vésical.

**Causes de voisinage.** — Pendant la puerpéralité la rétention d'urine n'est pas rare; dans le cours de la grossesse, elle dépend le plus ordinairement d'une rétrodéviabilité de l'utérus; au moment de l'accouchement, la rétention résulte de la compression exercée par la partie fœtale sur l'urètre; durant le postpartum la rétention assez fréquente dans le cours des premiers jours est la conséquence soit de la compression de la vessie pendant l'accouchement, d'où parésie consécutive, soit de la situation horizontale de la femme, quelques sujets ne pouvant pas uriner dans cette position ou du moins ne le pouvant qu'avec difficulté.

En gynécologie, la rétention peut être la suite d'une déviation utérine, bien que cette cause soit en général insuffisante à empêcher totalement l'écoulement d'urine. Les tumeurs périurétrales aboutiront plus sûrement à ce résultat alors qu'elles exercent une compression suffisante sur l'urètre.

Après toute opération gynécologique de même qu'après l'accouchement, la miction doit être attentivement surveillée, à cause de la fréquence de la rétention pendant les premiers jours consécutifs à l'intervention.

**Causes nerveuses.** — Toute maladie du système nerveux paralysant le



muscle vésical ou contracturant le sphincter vésical est cause possible de rétention d'urine.

**TÉNESME VÉSICAL.** — Par ténésme vésical on entend le fréquent besoin d'uriner. La fréquence est souvent le seul élément pathologique ; dans d'autres cas, le besoin devient douloureux, il y a *épreinte*.

Le ténésme se rencontre dans trois groupes de maladies :

- Maladies vésico-urétrales ;
- Maladies génitales et puerpérales ;
- Maladies nerveuses.

Toute irritation de la vessie au niveau de l'orifice urétral est source de ténésme, que cette irritation dépende d'une inflammation réelle, de la présence d'un corps étranger, d'un traumatisme ou de la composition même de l'urine (urine irritante après l'ingestion de certaines boissons, après l'application d'un vésicatoire).

Le ténésme n'est pas rare pendant la grossesse ; il est symptomatique tantôt d'une cystite coexistante, tantôt de la compression exercée par l'utérus gravide sur le réservoir urinaire.

Le ténésme, qui se produit pendant le postpartum, indique en général une complication septicémique du côté de la vessie.

Le ténésme vésical s'observe souvent dans les déviations utérines : soit en arrière, le col venant appuyer sur l'orifice urétral de la vessie et l'urètre ; soit en avant, le corps augmenté de volume, parfois fixé par des adhérences reposant sur la vessie et gênant son expansion normale. Toutes les affections inflammatoires périvésicales, également susceptibles de gêner l'ampliation de la vessie, peuvent aboutir au même résultat : j'en dirai autant de certaines tumeurs.

Quelques maladies nerveuses, par exemple l'ataxie locomotrice au début, sont susceptibles de produire le ténésme et de détourner l'attention du véritable diagnostic.

La variété des causes du ténésme impose un examen étiologique attentif, alors qu'on est en présence d'une femme atteinte de ce trouble fonctionnel.

#### 7. — ÉTAT GÉNÉRAL

Un des éléments les plus importants de l'état général est la *fièvre*.

Quand la fièvre a pour origine le système génital, elle indique une complication septicémique dans la sphère des organes génitaux, que cette septicémie aboutisse ou non à la purulence. Le degré de la fièvre mesure l'intensité même du processus septicémique.

Le pouls, depuis le thermomètre, n'a plus qu'une importance secondaire.

L'amaigrissement et la perte de forces, allant parfois jusqu'à un véritable anéantissement, sont souvent symptomatiques d'une maladie chronique des organes génitaux (métrite, salpingo-ovarite). Chez toute femme qui maigrit et s'affaiblit sans cause appréciable, il faut interroger avec soin le système

génital, même quand les antécédents ou les symptômes actuels ne conduisent pas à l'idée d'une affection de ce système.

Le facies a aussi son importance dans l'évolution des maladies génitales : facies normal chez une femme génitalement malade indique un processus léger ou récent : dans les cas de maladie ancienne invétérée le visage prend une expression spéciale décrite sous le nom de *facies utérin*, qui serait mieux dénommée *facies génital*, car il est à peu près identique dans toutes les maladies génitales chroniques. « Le facies utérin, dit *Aran*<sup>1</sup>, consiste dans un aspect tout particulier et ayant réellement quelque chose de caractéristique. La face est amaigrie, quoique assez souvent à un degré peu considérable, mais elle est surtout décolorée, pâle, d'un blanc sale, ne présentant ni la bouffissure des chlorotiques, ni la teinte des maladies cancéreuses, ni celle qui est liée au ramollissement graisseux du cœur ; elle a un aspect terne, l'œil est languissant, la physionomie est sans expression avec une teinte jaunâtre particulière. » — Ce facies ne saurait être confondu avec celui désigné sous le nom de *péritonitique*, et qui accompagne l'inflammation péritonéale, car, dans ce dernier cas, tous les muscles de la face sont grippés, contracturés, donnant au visage un aspect grimaçant caractéristique.

#### 8. — DOULEURS

Certaines localisations douloureuses ayant déjà été étudiées, par exemple les gastralgies, les palpitations, nous n'aurons ici en vue que les douleurs plus directement liées à l'appareil génital, telles les :

- Douleurs lombo-sacrées ; douleurs de reins ;
- Douleurs coccygiennes ; coccygodynie ;
- Douleurs hypogastriques ;
- Douleurs en ceinture ;
- Douleurs inguinales ;
- Douleurs ano-périnéo-vulvaires ;
- Douleurs des membres inférieurs.

Quand, par une exploration attentive, on détermine, à l'aide de la pression, les divers points douloureux dont la femme est affectée, on peut trouver :

- Les points douloureux de la névralgie lombo-abdominale ;
- Les points douloureux de la névralgie sciatique crurale ou obturatrice ;
- Les points douloureux ovariens ou ovarie ;
- Des points douloureux vulvo-vaginaux ;
- Des points douloureux utérins ;
- Des points douloureux périutérins ou pelviens.

Ces divers points douloureux ont été étudiés dans un chapitre antérieur (voir p. 786) ; il est inutile d'y revenir ici en détail, je ne parlerai que de leur valeur séméiologique.

Il n'est pour ainsi dire pas d'affection génitale sans douleurs lombo-

<sup>1</sup> *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, p. 143.



sacrées, communément désignées sous le nom de *douleurs de reins*. Les liaisons de l'innervation génitale avec la moelle épinière nous expliquent cette fréquence douloureuse.

Tout événement génital d'importance retentit douloureusement sur la région lombaire. Mais de ce qu'une femme souffre des reins on ne saurait conclure dans tous les cas à une affection génitale. Une maladie de la moelle, du rachis, une névralgie essentielle, un simple lumbago peuvent produire des douleurs analogues. L'origine génitale ne pourra donc être déterminée qu'après examen direct, permettant de diagnostiquer la génitopathie suspectée. — D'autre part, les douleurs de reins peuvent coexister avec une lésion minime des organes génitaux, une endométrite légère, une ulcération du col, et on est en droit de se demander si les phénomènes douloureux dépendent bien de la lésion génitale, la disproportion entre la cause et l'effet paraissant manifeste. A priori, la solution de cette question est difficile, car souvent à *petite lésion correspond une grosse douleur*, ou réciproquement. Mais l'épreuve thérapeutique arrivera à lever les doutes, car en guérissant la génitopathie on pourra suivre l'évolution parallèle de la douleur lombaire.

La douleur coccygienne, désignée sous le nom de *coccygodinie*, reconnaît pour causes, tantôt une maladie génitale (agissant soit directement, soit par voie réflexe sur le coccyx); tantôt une maladie du rectum ou du tissu cellulaire qui l'enveloppe dans sa partie terminale tantôt une lésion même du coccyx); dans quelques cas enfin, la cause est indéterminable et la névralgie coccygienne paraît être essentielle (voir p. 773).

Les douleurs hypogastriques se manifestent le plus ordinairement sous forme d'une pesanteur surmontant la symphyse pubienne, pesanteur exagérée par la marche et toute fatigue; en dehors des affections du squelette pelvien antérieur et de la paroi abdominale, ces douleurs sont dues soit à une maladie de la vessie, soit plus souvent à une inflammation chronique de l'utérus.

Les douleurs en ceinture suivent le trajet des nerfs abdomino-génitaux et intercostaux inférieurs et présentent souvent les points douloureux spéciaux à ces névralgies.

Les douleurs inguinales tantôt unilatérales tantôt bilatérales, ont pour point de départ un ou plusieurs des nombreux filets nerveux, qui traversent le pli de l'aîne (nerfs abdomino-génitaux, fémoro-cutané, génito-crural, crural); elles peuvent encore avoir pour siège anatomique le ligament rond dans son trajet à travers le canal inguinal; ce ligament étant tirailé par l'utérus dévié.

La douleur inguinale unilatérale indique volontiers une lésion des annexes localisée à un côté, mais par une alternance peu explicable la douleur siège quelquefois du côté opposé à la lésion; ainsi une salpingo-ovarite droite donnera naissance à une douleur inguinale gauche.

Les douleurs ano-périnéo-vulvaires se manifestent sous les formes les plus variées, piqures, fourmillements, prurit, élancements, pesanteur. La sensation de pesanteur est due le plus ordinairement à la rétrodéviation ou à l'abaissement de l'utérus, ou encore à une tumeur déprimant le plancher pelvien. — Les autres formes de douleur sont tantôt symptomatiques d'une

affection génitale, ou recto-anales, tantôt idiopathiques et liées à un état névralgique du nerf honteux interne.

Les douleurs des membres inférieurs, siégeant sur le trajet du sciatique, du crural ou de l'obturateur, dépendent tantôt d'une affection génitale, tantôt d'une des causes ordinaires de ces névralgies; l'examen génital ne devra jamais être oublié en pareil cas, car son omission pourrait laisser dans l'ombre la véritable source de l'état douloureux.

Parmi les points douloureux qu'on peut déterminer par une pression localisée, les uns dépendent simplement des névralgies dont il vient d'être question et ne méritent pas d'étude spéciale; les autres, plus intéressants, demandent une analyse plus complète, tels les points *ovariens, vulvo-vaginaux, utérins, pelviens*.

**POINT DOULOUREUX OVARIEN. Ovarie.** — Quand on appuie à l'intersection de la ligne réunissant les deux épines iliaques antéro-supérieures avec les verticales tombant sur les éminences pectinéales, on détermine chez la plupart des hystériques un point douloureux, tantôt unilatéral, tantôt bilatéral, c'est le point ovarien, encore désigné sous le nom d'*ovaralgie* ou d'*ovarie*.

Ce point douloureux, gauche de préférence, se rencontre fréquemment chez la femme, même lorsque l'hystérie n'est qu'à l'état d'ébauche; on en fait un signe pathognomonique de cette névrose.

Si l'existence de ce point ne saurait prêter à contestation, il n'en est pas de même de la pathogénie.

On a admis deux variétés d'origine :

- Origine ovarienne, ovaralgie* (Piorry, Négrier, Charcot).
- Origine musculaire, myodynne* (Briquet).

Ni l'une ni l'autre ne sont prouvées, aussi la dénomination de *point iliaque* de l'hystérie, accidentellement employée par *Charcot*, serait-elle préférable.

Ce point douloureux est précieux comme signal de l'hystérie latente; il révèle l'état nerveux du sujet auquel on a affaire, et indique la nature du terrain sur lequel on doit établir diagnostic, pronostic et traitement.

**POINTS VULVO-VAGINAUX.** — A l'exploration digitale de la vulve, on rencontre parfois un ou plusieurs points douloureux, dus soit à une ancienne plaie cicatrisée, soit à l'inflammation d'une des glandes de Bartholin, soit à la névralgie d'un filet nerveux.

Des points analogues peuvent exister dans le vagin, mais ils dépendent le plus ordinairement de l'état pathologique d'un des organes avoisinants.

**POINTS UTÉRINS.** — Le toucher vaginal réveille au niveau de l'utérus une douleur :

- Tantôt limitée,
- Tantôt généralisée;
- Tantôt irradiée.



En un point quelconque de l'utérus on peut rencontrer un ou plusieurs territoires douloureux pas plus grands qu'une pièce de cinquante centimes, souvent même plus petits. Ces zones douloureuses sont dues tantôt à de petits nodules cicatriciels, ainsi qu'on l'observe souvent aux commissures du museau de tanche, tantôt à de petits nodules inflammatoires, ou à de petits fibrômes siégeant en une région quelconque de la surface utérine.

La douleur, au lieu de rester localisée à un point de l'utérus, se généralise parfois à tout l'organe, qui devient également sensible dans toute son étendue. Cette sensibilité douloureuse dépend tantôt d'une métrite généralisée, tantôt d'un état névralgique de tout l'utérus, *hystéralgie*.

La douleur se généralise-t-elle davantage? non seulement l'utérus, mais son voisinage présente une sensibilité anormale, de telle sorte que tous les organes du petit bassin semblent plongés dans un bain douloureux. Cet état de névralgie généralisée s'accompagne ordinairement de la congestion de tous les organes pelviens. Il est dû ordinairement à l'état pathologique de l'un d'eux, métrite, ovarite, avec complication inflammatoire du côté du péritoine ou du tissu cellulaire; dans d'autres cas, l'élément douloureux semble exister seul avec l'élément congestif, mais sans inflammation réelle, de telle sorte que la pathogénie de cette hyperesthésie nous échappe. Ce sont ces cas qu'on tend actuellement à rattacher à un même état pathologique du système nerveux sous le nom de *neurasthénie*, sorte de détraquement fonctionnel qui a les centres nerveux comme point de départ.

POINTS PÉRIUTÉRINS OU PELVIENS. — En dehors de la douleur généralisée dont il vient d'être question, on trouve dans le bassin des points douloureux localisés aux ovaires, aux trompes, à certains territoires des ligaments larges, du rectum, de la vessie. Ces divers points douloureux dépendent soit d'un état inflammatoire de l'organe sensible, soit d'une simple névralgie.

D'une façon générale toutes les fois que le médecin se trouve en présence d'une douleur, soit circonscrite, soit étendue à toute une région, il doit au point de vue étiologique établir deux catégories distinctes; la névralgie dont dépend cette douleur peut être :

- 1° Soit essentielle et dépendre :
  - 1° Tantôt de la chloro-anémie;
  - 2° Tantôt de l'arthritisme (rhumatisme et goutte);
  - 3° Tantôt de la névropathie (hystérie, neurasthénie);
  - 4° Tantôt de la syphilis.
- 2° Soit symptomatique, et être produite :
  - 1° Tantôt par une inflammation génitale;
  - 2° Tantôt par une tumeur;
  - 3° Tantôt par une grossesse anormale.

### 9. — COLIQUES

Quand un organe pourvu de fibres musculaires lisses se contracte douloureusement, la colique existe.

Suivant l'organe on aura donc :

Intestins. . . . .	Colique intestinale.
Voies biliaires . . . . .	Colique hépatique.
Bassins et uretères . . . . .	Colique néphrétique.
Vessie . . . . .	Colique vésicale.
Trompes. . . . .	Colique salpingienne.
Utérus. . . . .	Colique utérine.

La colique est constituée par une douleur *intermittente*, comme les contractions qui leur donne naissance et dont les caractères concomitants permettent le plus souvent d'établir la nature.

COLIQUE INTESTINALE. — Douleur en général périombilicale; ordinairement coexistence de diarrhée, à moins qu'il ne s'agisse d'une cause spéciale (intoxication saturnine, occlusion intestinale).

COLIQUE HÉPATIQUE. — Douleur au creux épigastrique, dans l'hypochondre droit au niveau du foie, dans l'épaule droite, en particulier à l'angle inférieur de l'omoplate (point scapulaire). Début après les repas, durée six à douze heures. Vomissements et ictère fréquents. Quelquefois on trouve le calcul pathogène dans les matières fécales.

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE. — Douleur aiguë débutant brusquement, localisée dans la région lombaire, avec irradiations vers la vessie, l'urètre, le canal inguinal, la grande lèvre. Durée de quelques heures à quelques jours. Quelquefois on peut trouver dans l'urine le calcul pathogène de la crise.

COLIQUE VÉSICALE. — Douleurs hypogastriques intermittentes, accompagnées de ténésme vésical avec ou sans difficulté de la miction. Cause: surdistension ou inflammation de la vessie, corps étranger intra-vésical.

COLIQUE SALPINGIENNE. — Douleurs intermittentes survenant par crises et siégeant sur un des côtés de l'utérus. Évacuation par l'utérus de sérosité ou de pus pendant la durée de la crise.

COLIQUE UTÉRINE. — Douleur intermittente occupant en général l'hypogastre avec retentissement dans la région lombaire, gagnant l'hypogastre sous forme de ceinture; irradiation à la partie antérieure et postérieure des cuisses. Ces coliques sont normales au moment de l'accouchement et constituent les douleurs de l'enfantement, pathologiques pendant la grossesse et aussi pendant le postpartum où elles sont habituellement désignées sous le nom de tranchées. En dehors de la puerpéralité, les coliques utérines se montrent au moment des règles chez les femmes atteintes de dysménorrhée; on les voit aussi se produire momentanément à la suite d'une exploration intra-utérine, ou de l'application d'une tige médicamenteuse dans l'utérus. Ces coliques peuvent enfin se produire alors qu'il existe de la congestion ou de l'inflammation soit de l'utérus, soit des annexes utérines. La colique uté-



rine constitue donc un accident fréquent dont la cause doit être recherchée dans l'état pathologique même du système génital.

#### 10. — PRURIT

Le prurit vulvaire est caractérisé par une démangeaison plus ou moins intense occupant la vulve et se prolongeant souvent au pourtour de l'anus (voir p. 774).

Ce prurit peut être d'origine vulvaire, génito-urinaire, ou centrale.

*Vulvaire*, quand une affection locale, eczéma, psoriasis, parasites (oxyures), agit directement sur les extrémités nerveuses.

*Génito-urinaire*, alors que les propriétés irritantes de l'urine (glycosurie, pyourie) enflamment la vulve, ou qu'une affection génitale produit une irritation analogue, soit par l'écoulement dont elle est la source, soit par action réflexe.

*Centrale*, lorsque le prurit dépend d'une maladie du système nerveux.

Le prurit anal se développe dans les mêmes conditions, mais aussi dépend souvent d'une fissure ou d'hémorroïdes.

#### 11. — AMÉNORRÉE

L'étude de l'aménorrhée a été faite complètement au chapitre x; je me contente donc de la mentionner ici.

#### 12. — MÉTRORRAGIE

Voir également le chapitre x.

#### 13. — DYSMÉNORRÉE

Voir aussi le chapitre x.

#### 14. — STÉRILITÉ

La stérilité, dont la cause peut être masculine ou féminine, a fait l'objet du chapitre xi, et toutes les causes qui sont susceptibles d'en être l'origine de part et d'autre ont été passées en revue.

#### 15. — TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Les troubles de la fonction sexuelle ont été étudiés avec la stérilité (voir p. 661).

#### 16. — SENSATION DE MOUVEMENTS INTRA-ABDOMINAUX

Quand une femme, suivant l'expression consacrée, *sente remuer*, la grossesse est pour elle certaine. Cette certitude ne saurait être acceptée par le

médecin, car de temps en temps on rencontre des femmes aux confins de la ménopause ou atteintes d'une tumeur abdominale, qui éprouvent ces mouvements dus soit à des contractions intestinales, soit aux pulsations de l'aorte, soit purement imaginatifs, et qui ne sont nullement enceintes. Donc tout en tenant compte des renseignements fournis par les patientes, et qui sont exacts dans la majorité des cas, il faut, pour établir le diagnostic différentiel de la grossesse ou d'une autre affection possible, se baser sur les signes de certitude ou de probabilité ordinaires.

#### 17. — AUGMENTATION DU VOLUME ABDOMINAL

Quand l'abdomen féminin est le siège d'une augmentation progressive de volume, les deux idées qui viennent d'abord à l'esprit du gynécologue, c'est la possibilité d'une grossesse ou d'une tumeur, la première étant en somme une tumeur physiologique.

Mais à côté de ces tumeurs réelles il en est de fausses, encore connues sous la dénomination de *tumeurs fantômes*, ce sont :

Le tympanisme,	} (Gaz, graisse, liquide.)
L'obésité,	
L'ascite.	

Le tympanisme se manifeste par une sonorité exagérée de tout l'abdomen; il varie volontiers d'une exploration à l'autre; il disparaît avec le chloroforme, qu'il faut parfois administrer pour compléter un diagnostic douteux.

L'obésité est tantôt généralisée, tantôt localisée à l'abdomen, surtout trompeuse dans ce dernier cas. En pinçant la paroi abdominale, on apprécie son épaisseur; le développement adipeux ne permet au palper aucune localisation de tumeur, les doigts nageant dans le vague.

L'ascite se révèle par ses signes classiques: matité vers les parties déclives de l'abdomen, variant avec la position de la femme; sensation de flot.

En résumé, auprès d'un gros ventre, nous nous poserons successivement chez la femme les questions suivantes :

- 1° Y a-t-il tympanite ?
- 2° Y a-t-il obésité ?
- 3° Y a-t-il ascite ?
- 4° Y a-t-il grossesse ?
- 5° Y a-t-il tumeur ?

#### 18. — MODIFICATIONS DE LA COLORATION ABDOMINO-GÉNITALE

Chez la gestante, diverses régions du corps se pigmentent, notamment la ligne médiane de l'abdomen (ligne brune), ainsi que la vulve surtout dans les parties les plus saillantes de ses replis. Bien que cette pigmentation, qu'accompagne une coloration violacée de toute la muqueuse génitale, soit un



assez bon signe de grossesse, il faut se garder d'en faire un signe pathognomonique de la gravidité, car elle peut s'observer avec toute entrave de la circulation, notamment avec les tumeurs de l'abdomen qui gênent le retour du sang vers le cœur.

#### 19. -- VERGETURES

Les éraillures sous-épidermiques, qui constituent les vergetures, et qu'on observe le plus habituellement sous l'influence de la grossesse, se produisent



Fig. 632. — Vergetures abdominales.

avec toute hypertension de la peau ; leur valeur séméiologique est donc de valeur très secondaire.

#### 20. -- MODIFICATIONS DE L'OMBILIC

Sous l'influence de la grossesse, la dépression ombilicale commence par se creuser ; elle s'aplatit de trois à six mois ; la dépression est remplacée par une légère saillie dans le dernier trimestre.

Dans l'ascite, à mesure que l'épanchement augmente, la cicatrice ombilicale se déplisse, puis arrive à faire une saillie, qui varie du volume d'une noisette à celui du poing.

Avec une tumeur abdominale, à moins d'adhérences, les modifications sont analogues à celles produites par l'ascite.

Ces diverses modifications doivent être connues des médecins, mais elles n'ont en somme aucune valeur séméiologique importante.

#### 21. -- ULCÉRATIONS ET TUMEURS DES ORGANES GÉNITAUX

Les ulcérations et tumeurs des organes génitaux ont été étudiées au chapitre IV, auquel je renvoie pour les détails de leur diagnostic.

#### 22. -- ÉCOULEMENTS NON SANGUINS

*Hydorrhée. — Leucorrhée. — Ichorrhée.*

LEUCORRÉE signifie écoulement blanc (*λευκος* blanc, *ρην* couler) et englobe tous les écoulements :

- Muqueux ;
- Purulents ;
- Muco-purulents,

qui se font par la vulve. Cet écoulement n'est donc pas toujours blanc, mais souvent jaune verdâtre, cette dernière coloration indiquant la présence du pus.

Quant la leucorrhée devient fétide, elle prend le nom d'ICHORRÉE (*ιχθρ* sanie) ; c'est donc l'odeur qui constitue l'élément caractéristique de l'ichorrhée, c'est par l'odorat qu'on fera son diagnostic. Souvent, en cas d'ichorrhée, l'écoulement se montre sanguinolent, mais ici la couleur représente un élément accessoire, c'est l'odeur qui donne la note dominante et caractéristique.

L'HYDRORRÉE (*υδωρ* eau, *ρην*) est constituée par l'écoulement de sérosité plus ou moins transparente.

Ainsi :

- Leucorrhée. Écoulement muco-purulent ;
- Ichorrhée. Écoulement fétide ;
- Hydorrhée. Écoulement séreux.

L'ICHORRÉE se rencontre dans deux circonstances :

- Avec les néoplasmes cancéreux ;
- Avec toute putréfaction intra-génitale.

L'odeur nauséabonde de l'écoulement cancéreux est bien connue et ne demande pas insistance.

Tout corps se putréfiant dans les organes génitaux (tumeur fibreuse, fœtus, placenta) donne naissance à un écoulement fétide qui persistera autant que la cause qui en est l'origine.

L'HYDRORRÉE peut exister pendant la puerpéralité ou en dehors d'elle.

*Puerpérale*, elle se montre pendant la grossesse ; elle est amenée soit par la rupture de l'œuf (hydorrhée amniotique), soit par l'inflammation plus ou moins localisée de la caduque et de ses glandes (hydorrhée déciduale), sorte d'endométrite séreuse compatible avec la continuation de la grossesse jusqu'à terme, alors qu'avec l'hydorrhée amniotique, l'œuf étant rompu, la femme est menacée d'avortement à assez brève échéance.



*Apuerpérale*, l'hydorrhée est excessivement rare; on la rencontre avec l'hydrométrie, l'hydrosalpinx, alors que l'orifice utérin ou tubaire n'est pas complètement oblitéré et livre passage à une partie du contenu pathologique.

La LEUCORRÉE a pendant longtemps été décrite comme une maladie, à tort, car elle n'est qu'un symptôme, et c'est seulement à ce dernier titre qu'elle doit être examinée.

Mais avant de parler de l'écoulement pathologique des organes génitaux, disons un mot des *sécrétions normales*.

Les glandes vulvaires, notamment celles de Bartholin, les deux reines de la région, sécrètent une substance grasse dont la coagulation dans les plis vulvaires amène la formation du smegma. La sécrétion de ces glandes devient active, surtout au moment du coït, de manière à favoriser la pénétration pénienne.

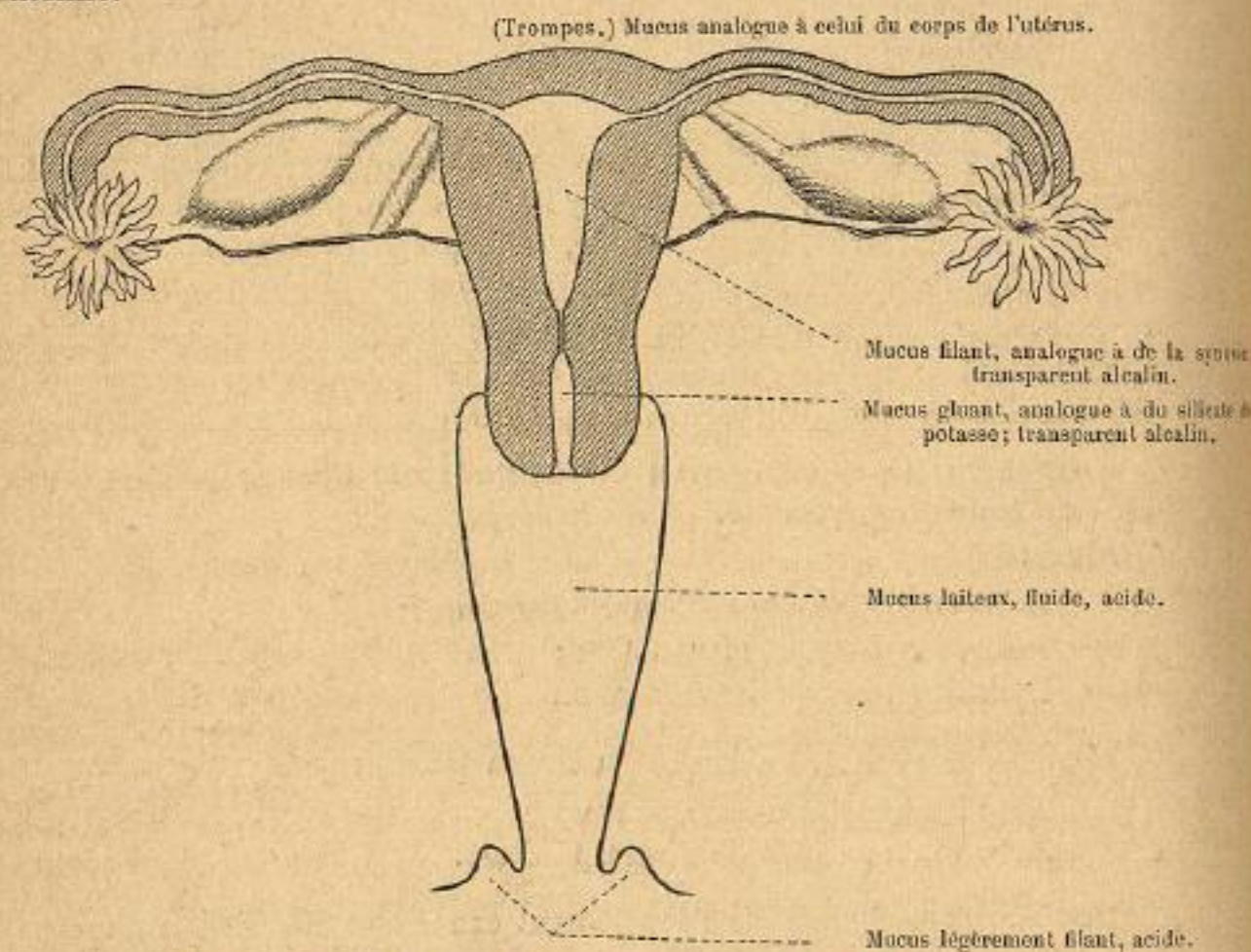


Fig. 653. — Caractères et réaction des sécrétions génitales.

La sécrétion du vagin est analogue à du lait dilué. Ce mucus opalescent, sécrété en faible quantité, se coagule dans le vagin et forme des fragments caséux.

Tandis que la sécrétion du vagin est fluide et acide, celle de l'utérus est visqueuse et alcaline. Ce liquide gluant, que les femmes comparent volontiers à du blanc d'œuf, est transparent.

La sécrétion des trompes est à peu près nulle; ses caractères la rapprochent de celle de l'utérus.

La figure 653 schématise les données qui précèdent.

A l'état normal, la sécrétion génitale est d'abondance assez faible pour constituer une simple humidité de surface sans souiller le linge de corps; une chemise tachée indique un état pathologique, à plus forte raison, si l'écoulement est suffisant pour nécessiter l'usage de linges spéciaux, destinés à absorber la sécrétion génitale.

Cet écoulement leucorrhéique, par ses caractères, peut mettre sur la voie du processus et de la localisation pathologique dont il dérive.

Une distinction très importante s'impose au seuil de cette étude, il y a deux sortes de leucorrhée :

L'une purulente;

L'autre apurulente, c'est-à-dire sans pus.

*a. La leucorrhée purulente* se reconnaît au microscope par la présence du pus, mais l'œil même suffit à la diagnostiquer: couleur jaune, en effet, signifie purulence et purulence implique inflammation. En présence d'un écoulement jaunâtre, on peut donc affirmer l'inflammation d'une région quelconque des organes génitaux, *fluide* quand la provenance est vulvo-vaginale, *gluant* quand elle est utérine ou tubaire.

*b. La leucorrhée apurulente* se reconnaît à ses caractères négatifs, absence de coloration jaune. Cet écoulement, désigné autrefois sous le nom de catarrhe, mot inutile, car il n'a pas de signification précise, résulte d'une hypersécrétion génitale, tantôt momentanée, tantôt prolongée. — Les causes de cette hypersécrétion ne sont pas encore parfaitement connues; voici cependant celles dont l'influence paraît la plus nette :

Corps étrangers occupant le vagin ou la cavité utérine (pessaire);

Vêtement serré gênant la circulation génitale;

Affection périgénitale entretenant une irritation continue de l'utérus et du vagin;

Constipation opiniâtre;

Action du froid sur les extrémités;

La scrofule semble prédisposer d'une façon notable à la leucorrhée; peut-être suffit-elle à elle seule pour amener la permanence de cet écoulement.

La grossesse produit aussi la leucorrhée chez certaines femmes.

Je mentionnerai également comme cause de leucorrhée: la masturbation, la malpropreté des organes génitaux les entretenant dans un état constant d'irritation.

Certains aliments, notamment le café au lait, sont incriminés par nombre de femmes et d'anciens médecins; les preuves scientifiques manquent.

### 23. — ÉCOULEMENTS SANGUINS

L'écoulement sanguin qui provient des organes génitaux, ou *généorrhagie* dont la métrorrhagie constitue la variété la plus importante, a été étudié en détails au chapitre x avec l'emmenologie.



## 24. — TYMPANISME ABDOMINAL

Par tympanisme abdominal, on entend la tension du ventre sous l'influence des gaz. En cas de péritonite septique, ces gaz peuvent occuper la cavité même du péritoine, mais c'est là une grande exception, ils sont d'habitude accumulés dans la cavité intestinale.

Cette accumulation se fait sous une des trois influences suivantes :

- 1° Formation excessive de gaz résultant d'une digestion vicieuse ;
- 2° Manque de tonicité des parois intestinales et abdominales, ainsi qu'on l'observe chez les hystériques et les femmes fatiguées par des grossesses nombreuses ;
- 3° Obstacle au cours des matières fécales, alors qu'il y a rétrécissement ou occlusion de l'intestin.

C'est dans une de ces catégories qu'il faudra chercher la cause du tympanisme constaté et instituer un traitement en rapport avec la pathogénie.

## 25. — FLUCTUATION ABDOMINALE

Quand du liquide est enfermé dans la cavité abdominale, il peut à l'exploration manuelle fournir deux sortes de sensations :

- 1° Tantôt (fig. 654), en appliquant une main de chaque côté de l'abdomen, si

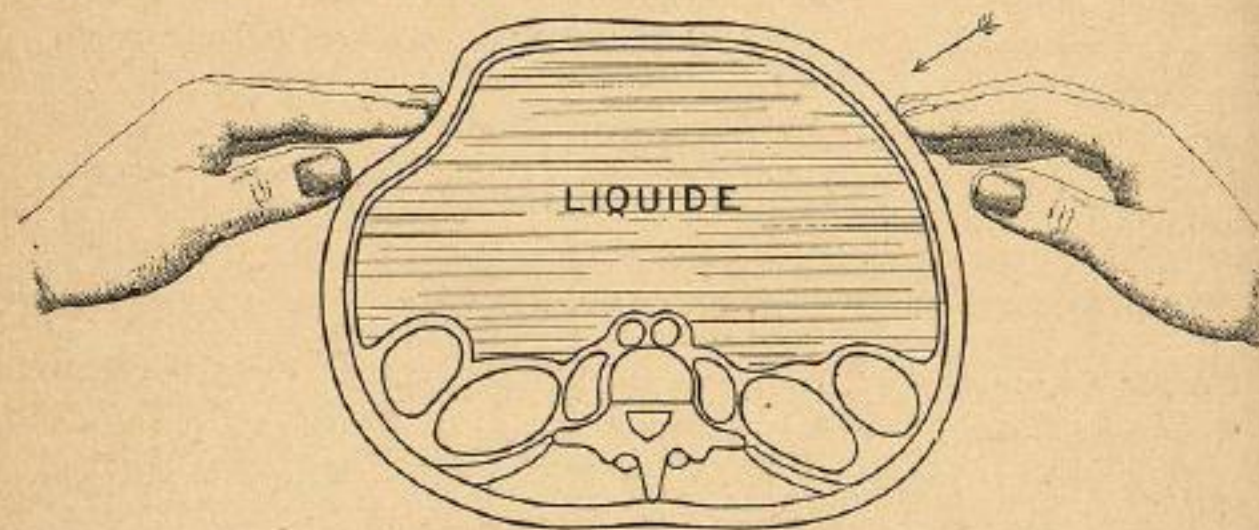


Fig. 654. — Fluctuation. — Sensation de soulèvement.

on exerce une pression d'un côté, on éprouve de l'autre une *sensation de soulèvement*, c'est la fluctuation proprement dite ; — tantôt (fig. 655), une main étant posée à plat sur la paroi abdominale, si avec l'autre on imprime un choc brusque à un point opposé, la première main éprouve un choc, c'est la *sensation de flot*.

Done : *Sensation de soulèvement ;*  
*Sensation de flot.*

La sensation de soulèvement existe avec tous les kystes uniloculaires ou pau-

ciloculaires, quand il y a faible tension intérieure ; on la trouve également dans la grossesse normale ; elle disparaît quand la tension intra-kystique devient trop considérable.

La sensation de flot se rencontre dans trois cas :

Avec l'ascite, cause la plus fréquente de sa production :

Avec la grossesse compliquée d'hydramnios, l'exagération dans la quantité

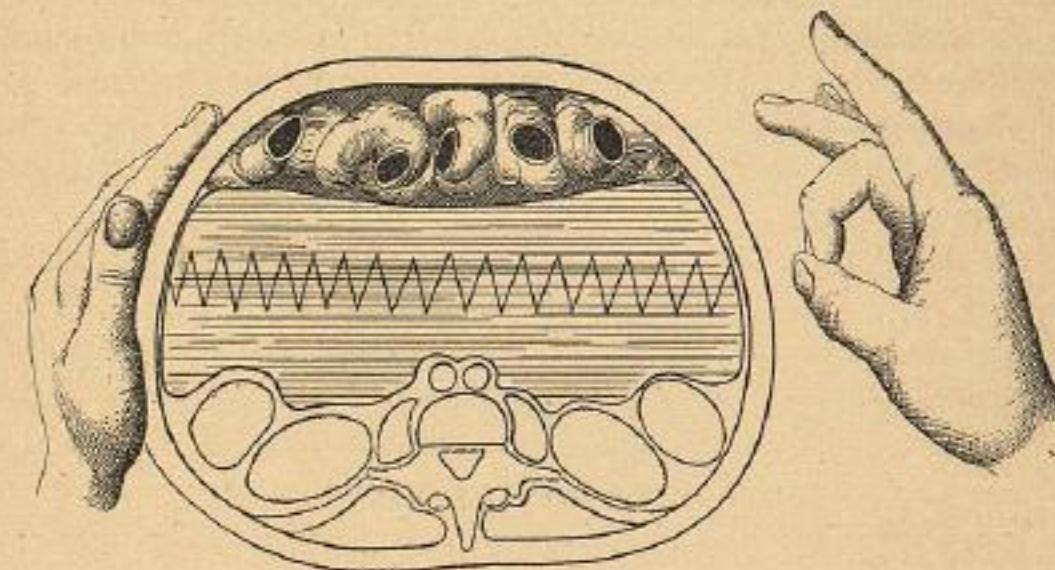


Fig. 655. — Fluctuation. — Sensation de flot.

du liquide amniotique est indispensable pour sa production, car dans les conditions normales le fœtus fait écran, et la transmission de l'ondulation est arrêtée ;

Avec certains kystes monoculaires, à grand développement et à faible tension, quand par exemple une partie du contenu a été évacuée par une ponction.

## 26. — TUMEURS ABDOMINALES

L'étude des tumeurs abdominales a été faite au chapitre xiv, où on trouvera tous les détails relatifs à leur diagnostic.

## 27. — BRUITS INTRA-ABDOMINAUX

En appliquant l'oreille sur un abdomen féminin on peut entendre :

- Soit des bruits intestinaux ;
- Soit des bruits vasculaires ;
- Soit des bruits fœtaux, alors qu'il y a grossesse.

Les bruits intestinaux n'ont aucune valeur séméiologique.

En dehors du souffle perçu, alors qu'on déprime la paroi abdominale au-devant de l'aorte, on peut pendant la grossesse en un point quelconque de l'utérus, mais de préférence sur les côtés, entendre un souffle synchrone aux pulsations maternelles. La constatation de ce souffle n'a d'ailleurs qu'un



intérêt théorique, car on peut le rencontrer avec des tumeurs utérines n'ayant aucun rapport avec la puerpéralité.

Les bruits fœtaux sont au contraire caractéristiques d'une grossesse, et leur constatation est du plus haut intérêt, alors qu'on a à poser le diagnostic de l'état de gravidité.

Les bruits fœtaux sont au nombre de trois :

Le double battement fœtal, résultat du fonctionnement cardiaque de l'enfant ;

Le souffle fœto-funiculaire ;

Les choes produits par les mouvements fœtaux.

#### 28. — MODIFICATIONS DU VAGIN AU TOUCHER

Pendant la grossesse, un vagin sec indique l'absence de travail, un vagin granuleux révèle la présence d'une vaginite. Alors que la partie fœtale est engagée, le doigt peut, en déprimant les tissus à sa surface, sentir des pulsations artérielles, pouls vaginal d'Osiander, qui révèle simplement la suractivité circulatoire due à la puerpéralité.

En dehors de la puerpéralité, les renseignements fournis par le toucher vaginal ont trait soit aux blessures, soit aux tumeurs, soit aux déplacements par des néoplasmes de voisinage.

#### 29. — MODIFICATIONS DU COL AU TOUCHER

Le toucher renseignera sur la situation, sur la consistance et sur la forme du col.

*Situation.* — Le col est placé au fond du vagin juste à portée du doigt explorateur. Si le doigt rencontre le col avant sa pénétration complète dans le vagin, c'est qu'il y a abaissement de l'utérus, et s'il ne peut le trouver après pénétration complète, c'est qu'une déviation utérine, soit pendant la grossesse, soit en dehors d'elle, a entraîné le col ou en arrière ou en avant, loin de sa position normale.

*Consistance.* — Le col fournit au doigt explorateur une consistance à peu près analogue à celle de la langue volontairement pointée hors de la bouche. Le col se ramollit sous l'influence des règles, de la grossesse, d'une inflammation aiguë ; il se durcit au contraire à la suite d'un processus inflammatoire chronique, en cas d'allongement hypertrophique, quand il y a envahissement épithéliomateux.

*Forme.* — Les modifications de forme sont surtout intéressantes pendant la puerpéralité. Le col s'hypertrophie durant la grossesse, il s'efface et se dilate au moment de l'accouchement, puis reprend progressivement son ancienne forme pendant le postpartum. — En dehors de la puerpéralité, les modifications de forme sont celles qui surviennent à la suite de déchirure, d'ectropion, de l'hypertrophie par l'envahissement des tumeurs fibreuses et

cancéreuses. Je ne fais que mentionner les déformations congénitales du col, dont il a été question à propos de la stérilité.

#### 30. — TOUCHER INTRA-UTÉRIN

Pendant la puerpéralité, le toucher intra-utérin est quelquefois indispensable pour diagnostiquer soit la présence, soit la position du fœtus, soit le contenu de l'utérus ; ce toucher sera tantôt digital, tantôt manuel.

En dehors de la puerpéralité, après dilatation préalable et abaissement de l'utérus, on pourra avec le doigt explorer toute la cavité utérine, afin de se renseigner sur la présence de tumeurs, et sur leur mode d'implantation.

#### 31. — TUMEURS PELVIENNES PERÇUES AU TOUCHER

Le doigt qui a franchi l'orifice vulvaire et qui chemine dans la direction de l'utérus peut rencontrer une tumeur.

Soit le long des parois vaginales. Tumeur vaginale ;  
Soit au niveau même de l'utérus. Tumeur utérine ;  
Soit dans un des culs-de-sac vaginaux. Tumeur des culs-de-sac.

Quelques mots sur chacune de ces variétés :

**Tumeur vaginale.** — La tumeur, qui siège dans la paroi même du vagin, est le plus souvent un kyste. Autour du vagin nous avons en avant les tumeurs de la vessie et de l'urètre, en arrière celles du rectum, latéralement celles du tissu cellulaire. Sur les côtés du vagin ou en arrière de lui on peut rencontrer parfois l'intestin hernié.

**Tumeur utérine.** — Tantôt cervicale, tantôt corporéale.

*Cervicale.* — Fibrôme, cancer, hypertrophie et allongement.

*Corporéale.* — Grossesse, fibrôme, cancer, sarcome, exceptionnellement môle hydatiforme, hydrométrie, physométrie, hématométrie, kystes hydatiques.

**Tumeur des culs-de-sac.** — Culs-de-sac antérieur, postérieur, latéraux.

CUL-DE-SAC ANTÉRIEUR.

1. *Antédéviation utérine.* — Tumeur ordinairement mobile, quelquefois fixe, rappelant exactement par sa forme et sa consistance le corps de l'utérus.

2. *Fibrôme.* — Tumeur dure, en général arrondi, appendue à la face antérieure de l'utérus et perceptible au doigt.

3. *Tumeur inflammatoire.* — Pelvi-péritonite ou pelvi-cellulite. Fièvre, mauvais état général. Empâtement local ; fluctuation et suppuration.

4. *Tumeur vésicale.* — Cancer et fungus vésical, calcul, cystite avec péri-cystite, amenant un épaissement plus ou moins considérable du tissu cellulaire périvésical.



CUL-DE-SAC POSTÉRIEUR. — Ne pas prendre pour une tumeur les matières fécales souvent accumulées dans le rectum.

1. *Rétrodéviations utérine.* — Le corps de l'utérus, reconnaissable à sa forme et à sa consistance, occupe le cul-de-sac de Douglas; impossibilité de sentir le corps de l'utérus dans sa situation normale.

2. *Tumeur inflammatoire.* — Pelvi-péritonite. En arrière de l'utérus empatement douloureux, avec fluctuation s'il y a suppuration. Fièvre, vomissements.

3. *Hématocèle intra-péritonéale.* — Masse d'abord fluctuante, puis s'indurant progressivement, et occupant toute la loge péritonéale rétro-utérine. Début brusque et violent au moment des règles, avec suppression de l'écoulement menstruel. En général, résolution progressive, parfois suppuration.

4. *Fibrôme.* — Tumeur dure égale, tantôt mobile, tantôt immobile, indolente ou douloureuse suivant les cas, repoussant l'utérus en avant vers la symphyse pubienne. Les mouvements qu'on lui imprime se communiquent à l'utérus.

5. *Tumeur ovarienne.* — Ovaire séro-kystique ou purulent. Kyste multiloculaire au début. La tumeur, tombée dans le cul-de-sac de Douglas, est difficile à distinguer d'un fibrôme utérin, et l'erreur n'est souvent reconnue qu'après laparotomie.

6. *Tumeur rectale.* — Cancer, tumeur inégale, en général accessible par le toucher rectal.

#### CULS-DE-SAC LATÉRAUX.

1. *Latérodéviations utérine.* — Mêmes caractères que les déviations en avant ou en arrière, sauf la direction du corps utérin.

2. *Fibrôme.* — Tumeur ronde, égale, mobile avec l'utérus, mais ici la mobilité est restreinte, la tumeur étant en général emprisonnée dans le ligament large.

3. *Tumeur inflammatoire.* — Salpingo-ovarite, phlegmon du sommet ou de la base du ligament large. Tumeur douloureuse, en forme de virgule renversée quand il s'agit de salpingo-ovarite, occupant le diamètre transversal du ligament large quand il y a phlegmon du ligament large, facilement accessible s'il s'agit du phlegmon de la base, plus difficilement avec un phlegmon du sommet. État général fébrile, en rapport avec l'intensité de l'inflammation locale.

4. *Hématocèle sous-péritonéale.* — Tumeur molle d'abord, puis s'indurant progressivement, jusqu'à prendre une consistance ligneuse; siège dans le ligament large, souvent avec un prolongement rétro-utérin, envahissant en partie le ligament large du côté opposé. Déviation de l'utérus du côté opposé à la tumeur et en avant. Début brusque analogue à celui de l'hématocèle intra-péritonéale. Terminaison par résolution, exceptionnellement par suppuration.

5. *Grossesse extra-utérine.* — Tumeur difficilement perceptible au début, occupant d'abord le cul-de-sac latéral, et ne tardant pas à envahir le postérieur. Signes locaux analogues à ceux fournis par un kyste de l'ovaire avec développement rapide. Phénomènes sympathiques de la grossesse. Douleurs locales, hémorragies utérines, accidents possibles de rupture et d'hématocèle, sinon, apparition des signes de certitude de la grossesse; difficulté à ce moment, non de diagnostiquer la grossesse qui devient évidente, mais de savoir si elle est intra ou extra-utérine.

6. *Tumeur volumineuse.* — Toute tumeur abdominale peut à un moment de son évolution envahir le petit bassin, et être perceptible dans un des culs-de-sac vaginaux. Le toucher fournira alors des renseignements précieux, qui permettront de compléter ceux donnés par l'exploration abdominale, et aideront ainsi à parfaire le diagnostic.