

nement fait avec du coton perméable, dans toute son étendue, serait trop compact; mais le coton non dégraissé, quoique moins élastique que la laine, peut au besoin la remplacer. On dispose les premiers tampons ou disques glycélinés d'abord dans le cul-de-sac postérieur, puis tout autour du col, qui doit être ainsi bien immobilisé dans cette sorte de matelas; on achève ensuite de remplir le vagin avec la laine bien cardée ou le coton non perméable, en s'arrêtant un peu au-dessus de la vulve. Il est bon de faire garder à la malade le repos au lit, durant un ou deux jours, après le premier tamponnement qu'on applique beaucoup moins serré que les suivants. S'il survient de l'érythème, on fera mieux de n'employer ultérieurement que des substances sèches et enduites de vaseline. On renouvelle, tous les deux ou trois jours, le tamponnement qui, pour produire tout son effet, doit être employé avec persistance, durant plusieurs semaines consécutives.

Si l'on imprègne le coton ou la laine de substances médicamenteuses, telles que le glycérolé de tannin, etc., on peut agir topiquement sur toute la muqueuse vaginale. Mais, à vrai dire, lorsqu'il est fait dans ce but, le tamponnement n'est plus un tamponnement, mais une agglomération de tampons.

LIVRE II

DE L'EXPLORATION GYNÉCOLOGIQUE

Position de la malade. Position verticale. Décubitus dorsal simple. Position de la taille. Décubitus latéral. Position genu-pectorale. Palpation abdominale simple (Fausses tumeurs. Scybales. Vessie distendue. Contracture musculaire. Amas graisseux). — Anesthésie exploratrice. — Toucher vaginal. — Toucher rectal. — Toucher vésical. — Exploration bi-manuelle. — Examen au spéculum. — Cathétérisme utérin. Perforations. Fausses routes. — Fixation et abaissement. — Dilatation artificielle du col. Procédés non sanglants (laminaire, divulsion, bougies dilatatrices). Procédés sanglants (débridement de l'orifice externe, incision bilatérale complète du col). — Dilatation permanente. — Toucher intra-utérin. — Excision exploratrice et curettage explorateur. — Exploration des uretères (palpation, cathétérisme, procédés de Pawlik, de Simon, de Grünfeld et de Brenner).

Position de la malade. — Dans la position verticale de la malade, on

Position
de la malade.

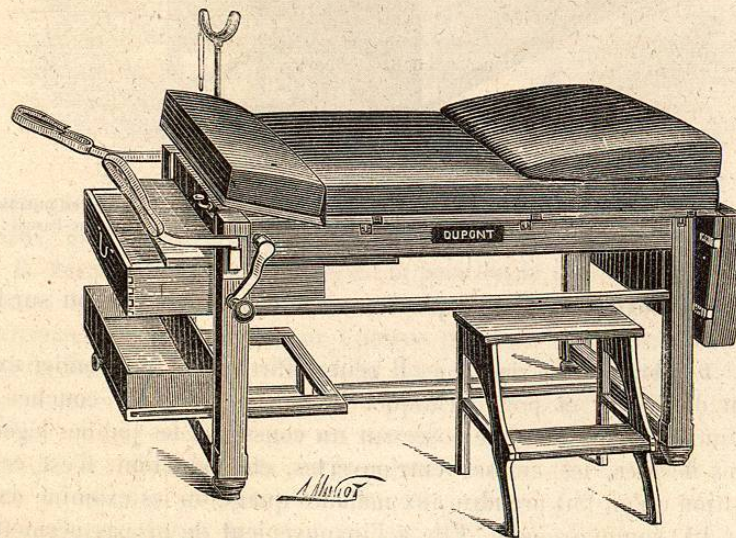


Fig. 53. — Table d'hôpital pouvant servir à la fois pour les opérations de chirurgie générale ou les examens et opérations gynécologiques (modèle de l'hôpital Lourcine-Pascal).

ne saurait acquérir que des notions très restreintes. Le toucher, ainsi pratiqué, peut toutefois donner d'utiles renseignements dans

Position
verticale.

les cas de déplacement des organes génitaux ou de tumeur abdominale. Le médecin met le genou gauche en terre, tandis que sa jambe droite, demi-fléchie, peut servir de support à son coude du même côté.

Mais la station verticale est défavorable à toute exploration complète et mérite seulement d'être mentionnée. Les positions principales que l'on peut être appelé à faire prendre à la malade pour

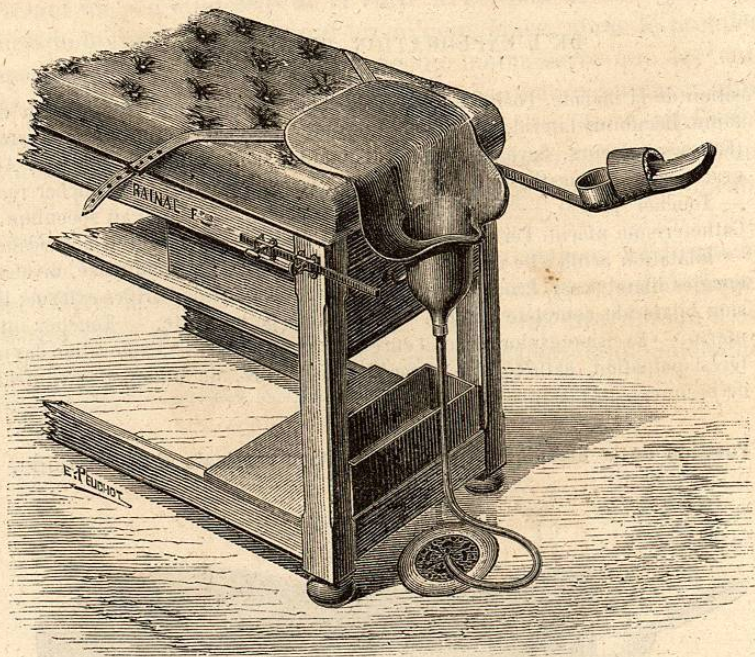


Fig. 54. — Alèze métallique opératoire en métal tôle émaillé pour favoriser les injections et l'irrigation continue opératoire (Modèle du docteur Pozzi, à l'hôpital Lourcine-Pascal).

l'explorer exigent qu'on la place : sur le dos, sur le côté ou sur les genoux.

Décubitus dorsal simple.

1° **Décubitus dorsal simple.** — Il peut suffire, pour un premier examen du ventre et pour pratiquer le toucher, de faire coucher la femme sur le dos, la tête posée sur un coussin et les jambes légèrement fléchies, les cuisses entr'ouvertes, en abduction. C'est cette position qu'on fait prendre aux malades quand on les examine dans leur lit, sommairement. Elle a l'inconvénient de ne pas permettre un relâchement suffisant des muscles abdominaux, ce qui gêne la palpation, et elle est tout à fait impropre à l'examen au speculum.

2° **Décubitus dorsal modifié.**

Position de la taille.

A. **Position de la taille.** — Elle est combinée à la fois pour pro-

curer le relâchement des parois abdominales et pour permettre l'examen intra-vaginal par le doigt et le speculum. On doit la faire prendre, de préférence, pour l'exploration complète. La malade est placée sur le bord d'un lit ou d'une table; la partie supérieure du tronc et la tête sont modérément soulevées, comme si la femme était à demi assise; les jambes sont fléchies, sur les cuisses, les cuisses sur le bassin, et les membres inférieurs sont soutenus dans

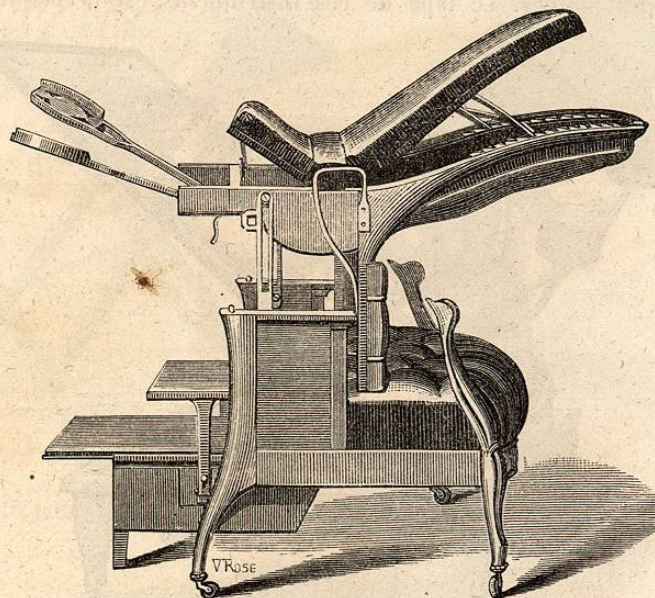


Fig. 55. — Fauteuil à speculum (modèle Dupont).

cette position soit par les mains des aides, soit par des appuis spéciaux, gouttières ou pédales (fig. 56 et 57).

B. **Position dorso-sacrée.** — C'est la position la plus commode pour toutes les opérations qui se pratiquent sur les organes génitaux externes, sur le vagin et sur l'utérus par les voies naturelles. Elle est destinée, en effet, à rendre ces parties accessibles au chirurgien. La malade est placée sur le bord d'un lit ou d'une table, la tête à peine un peu soulevée par un coussin : le tronc est horizontal, le bassin est relevé et fléchi sur la colonne vertébrale, de manière à ce que le sacrum présente une obliquité marquée de haut en bas et d'avant en arrière. Les genoux sont pliés et les cuisses fortement ramenées vers l'abdomen par des supports ou, mieux, par des aides qui tiennent les genoux fléchis sous leur aisselle, de façon à conserver une main libre, pour aider l'opérateur (fig. 11).

Position dorso-sacrée.

Lorsque l'on n'a pas d'aides exercés à sa disposition, on peut uti-

liser l'ingénieux *porte-jambes* de Fritsch (fig. 61 et 62), en combinant son emploi avec celui du *porte-speculum* du même auteur. Les figures suivantes sont plus explicites qu'une longue description. On voit qu'il est très facile d'adapter ces appareils à une table quelconque¹.

On a encore inventé des appareils, consistant en une tige de longueur variable qui se fixe au-dessous du genou et maintient l'écartement des jambes. Le type de ces instruments est la béquille de



Fig. 56. — Table transportable de Veit pour examen et opérations gynécologiques. — Malade dans la position de la taille.

Clover. Elle a été ingénieusement modifiée par von Ott (de Saint Pétersbourg)².

Une modification très utile de cette position consiste à élever le bassin notablement au-dessus du reste du tronc; elle devient alors ce qu'on peut appeler la *position dorso-sacrée déclive*. Cette déclive

¹ H. FRITSCH. *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 14, p. 209. Un appareil analogue est employé par GREIER *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 13, p. 195.

² Pour la béquille de Clover, voir DORAN. *Handbook of gynec. Oper.*, 1887, p. 154. — Pour celle de von Ott, voir BLUMENBERG, *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 51, p. 499. — SÄNGER en a aussi fait construire (*Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXV, p. 140).

BOUREAU a récemment présenté à la Société de chirurgie une béquille analogue à celle de Clover, mais se fixant par des brassières, et un porte-speculum à valves mobiles, ainsi qu'un porte-pince grâce auquel on peut se passer d'aides dans les petites opérations gynécologiques (*Progrès méd.*, nov. 1888, t. VIII, p. 443.)

vitité a pour effet de faire tomber le paquet intestinal vers la concavité du diaphragme et de permettre, par suite, une exploration plus

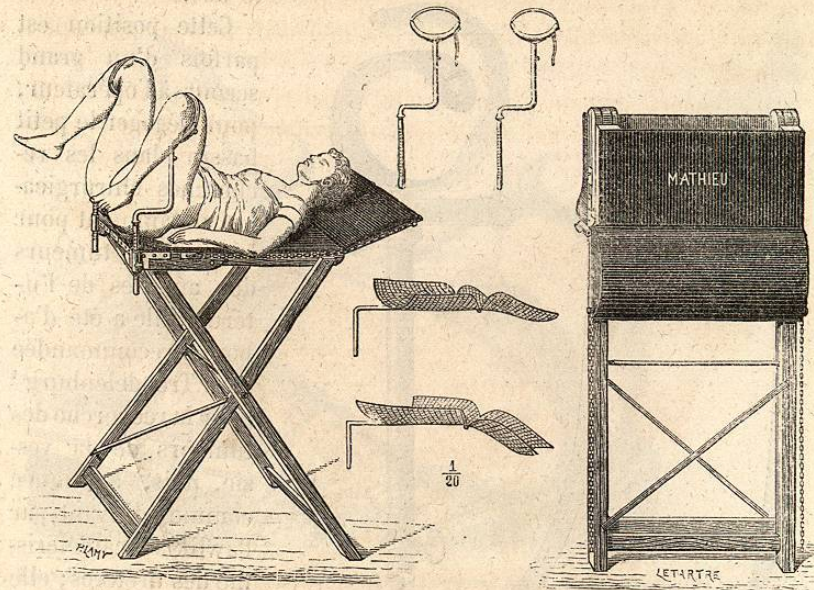


Fig. 57. — Table transportable de Doléris pour examen et opérations.

facile du petit bassin. Pour un simple examen, il est aisé d'obtenir

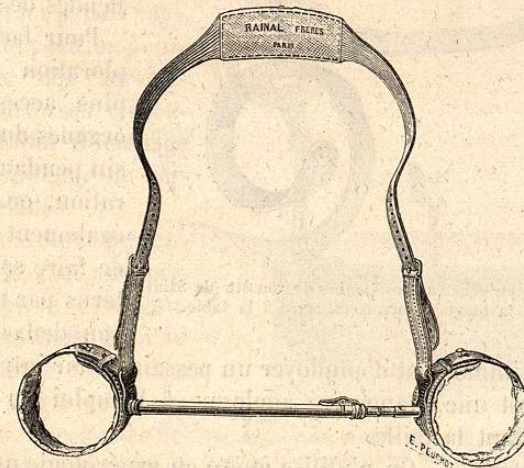


Fig. 58. — Béquille de Clover (le baudrier qui est attaché aux extrémités de la béquille doit passer derrière l'épaule droite et sous l'aisselle gauche).

cette position, en faisant coucher la malade sur une chaise longue, les jambes fléchies sur le dossier de la chaise qui leur sert ainsi de

soutien. Si l'on a à sa disposition des aides, on leur fera placer la jambe fléchie sur l'épaule de la malade, tandis qu'ils lui tournent le dos.

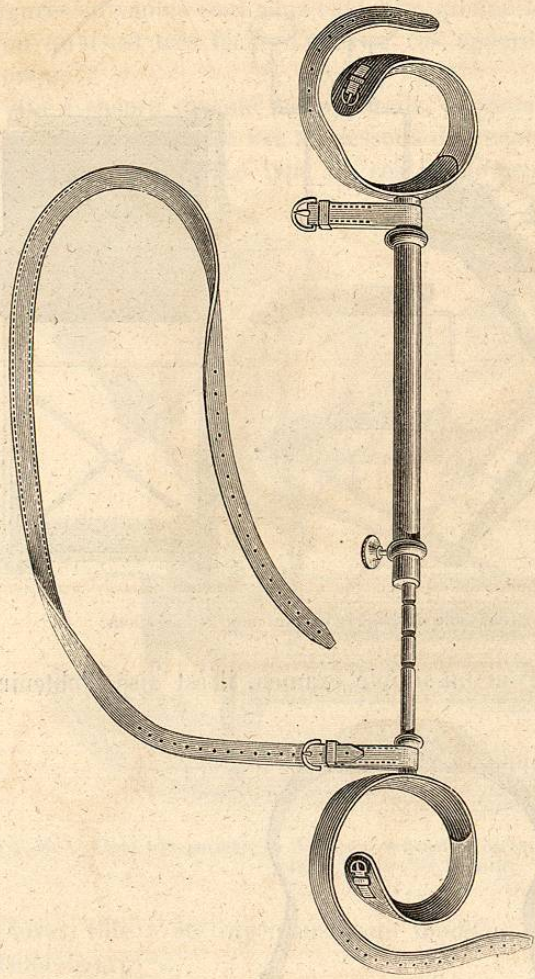


Fig. 59. — Béquille ou écarteur des jambes de von Ott (de Saint-Petersbourg); la longue courroie est fixée à la table.

le vagin, ou simplement d'employer un pessaire à air introduit dans ce canal; c'est une manœuvre analogue à l'emploi du ballon de Petersen pendant la taille.

Décubitus latéral, position de Sims.

Décubitus latéral. — On n'utilise guère en gynécologie que le décubitus latéral modifié ou latéro-abdominal, plus connu sous le nom

¹ TREDELENBURG, cité par WILLY MEYER. *Arch. für klin. Chir.*, 1885, Bd. XXXI, p. 514.

² MENDES DE LEON. *Ein neues Untersuchungsverfahren.* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 21, p. 357.)

de position de Sims, du nom de celui qui en a généralisé l'usage. Il se prête très bien à l'examen fait avec le speculum univalvé du

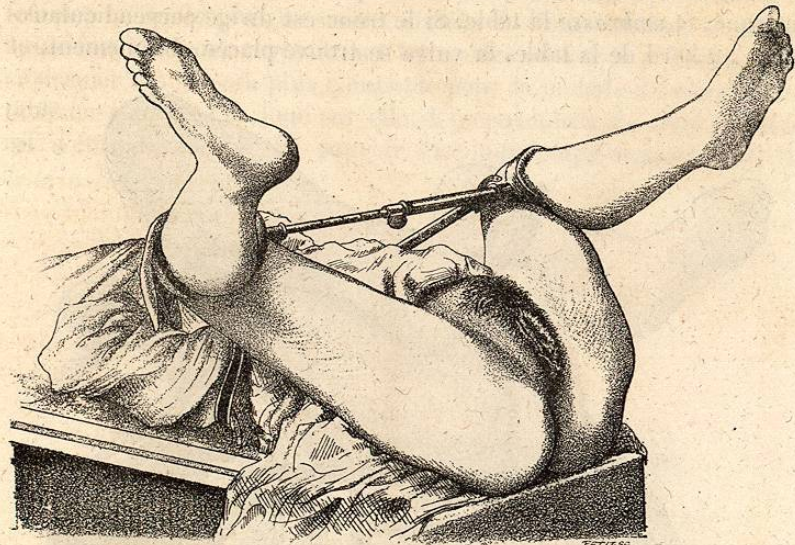


Fig. 60. — Malade dans la position de la taille maintenue par la béquille (écarteur des jambes de von Ott (de Saint-Petersbourg).

même auteur; le poids des viscères se trouvant reporté en avant, l'accès de l'air écarte alors facilement les parois vaginales. Cette position pourra rendre des services réels en diverses circonstances. Enfin il ménage mieux la pudeur de certaines malades.

La femme doit être couchée sur le côté (de préférence sur le côté gauche), sur le bord d'un lit ou d'une table, les jambes fléchies à angle droit sur les cuisses, et celles-ci fléchies à angle droit sur le tronc. Les membres inférieurs doivent être supportés par un aide, ou par une planchette adaptée à un lit d'examen, ou encore par une petite table placée en équerre (fig. 65).

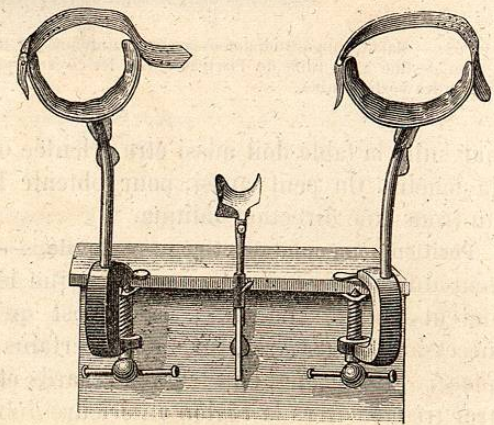


Fig. 61. — Porte-jambes (pour la position dorso-sacrée) et porte-speculum de Fritsch (vus de face).

Le tronc, au lieu de reposer sur son bord, effectue un mouvement de torsion qui amène sa face antérieure sur la table d'examen; pour faciliter ce mouvement, le bras correspondant est dégagé de dessous le tronc, et *embrasse* la table. Si le tronc est dirigé perpendiculairement au bord de la table, la vulve se trouve placée obliquement, et



Fig. 62. — Malade en position dorso-sacrée, maintenue par le porte-jambes de Fritsch. — a. Crochet destiné à un tube de l'irrigateur ou les ciseaux, pinces, etc. — b. c. Tronc servant à fixer les porte-jambes.

par suite la table doit aussi être orientée obliquement par rapport à la fenêtre. On peut aussi, pour obtenir le même résultat, donner au tronc une direction oblique.

Position génu-cubitale ou génu-pectorale.

Position génu-cubitale et génu-pectorale. — Les femmes se soumettent difficilement à cette position, que les moins pudiques considèrent comme indécente. Elle n'est qu'assez exceptionnellement nécessaire, il est vrai, mais dans certains cas, rien ne peut la remplacer. Elle permet, en effet, aux regards et aux instruments de pénétrer très loin vers la région antérieure du vagin. De plus, par l'abaissement des viscères, elle supprime la pression intra-abdominale, fait incliner en avant et en haut l'utérus et étale largement le vagin, où l'air pénètre, dès que ses parois sont écartées.

La femme doit se mettre à quatre pattes sur les genoux et les coudes, les cuisses écartées, le siège fortement projeté en avant et débordant un peu le bord de la table d'examen, les reins cambrés

et creusés, de manière à donner, à l'ensemble de la position, un aspect qui est assez bien caractérisé par la dénomination trop vulgaire de *position en vache*. Selon la taille ou la corpulence de la femme, la durée plus ou moins grande de l'intervention, la partie antérieure du tronc reposera sur les coudes ou sur la poitrine; dans ce dernier cas, il sera plus commode pour la malade d'embrasser la table en couchant la joue sur elle. L'inconvénient de cette position est d'être pénible, de ne pouvoir être longtemps supportée, et de

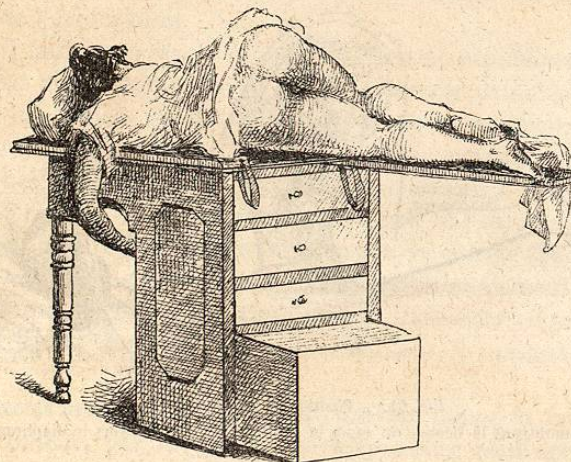


Fig. 63. — Malade en décubitus latéro-abdominal ou position de Sims sur la table gynécologique de Chadwick.

ne pas se prêter sans dangers à l'anesthésie, malgré l'ingénieux appareil, inventé pour cela par Bozeman¹ (fig. 64).

Palpation abdominale simple. — La malade est placée dans le décubitus dorsal, les genoux un peu fléchis : on lui recommande de respirer sans efforts, la bouche ouverte, et de ne pas se raidir. On a eu soin de vider le rectum et la vessie. Il est même bon d'avoir fait précéder le lavement de l'administration d'un purgatif qui aura entièrement évacué le gros intestin.

Les deux mains doivent être simultanément employées : il est important qu'elles ne soient pas froides, sans quoi elles provoquent

¹ N. BOZEMAN. *Operation of vesico-vaginal fistula without the aid of assistants*. New-York, 1869.

raient des contractions réflexes. On doit aller très doucement, et ce n'est qu'après avoir, pour ainsi dire, habitué l'abdomen à une légère manipulation qu'on peut employer plus de force et enfoncer hardiment la pulpe des doigts pour une exploration profonde. On a même remarqué qu'un certain degré de massage fait presque disparaître les contractions réflexes et permet une palpation beaucoup plus efficace¹. Il est bon de procéder méthodiquement : on palpera d'abord la région hypogastrique, puis les fosses iliaques, de manière à déterminer les changements survenus dans le volume ou la situation normale des organes génitaux internes. On s'élèvera ensuite à la région ombilicale et aux flancs, puis à l'épigastre et aux hypochondres.

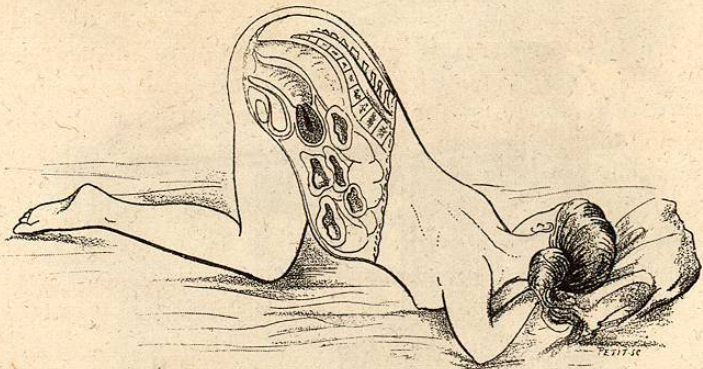


Fig. 64. — Position genu-pectorale.

Figure montrant la béance du vagin et la chute des viscères vers le diaphragme.

La consistance normale de l'abdomen présente des variétés dont on doit tenir le plus grand compte. L'âge des malades, l'absence de grossesse antérieure ou la multiparité, la maigreur ou l'obésité, l'état de distension plus ou moins grand de l'estomac et de l'intestin par des gaz chez les dyspeptiques, etc., sont autant de conditions qui peuvent être diverses sources d'erreurs. Je ne saurais ici les passer toutes en revue, et je n'en signalerai que quelques-unes.

Fausses tumeurs.

Si l'on a eu soin de vider la vessie et les intestins, on se sera le plus souvent défendu contre l'erreur qui consiste à prendre leur contenu pour une tumeur ; toutefois il ne faut pas avoir une confiance exagérée. La consistance molle des matières fécales renfermées dans le cæcum ou l'S iliaque, leur siège dans la région des flancs, la possibilité d'y faire par la pression, comme dans de l'argile, des empreintes durables, sont des signes assez caractéristiques. Il faut

¹ A. WINAWER, Ueber die Thure Brandt'sche Methode als Mittel die erkrankten Tuben palpibar zu machen (Centr. f. Gynäk., 1888, n° 52, p. 865).

se souvenir que malgré un purgatif énergique des *scybales* peuvent demeurer accumulées, surtout s'il existe une cause mécanique de constipation.

Scybales.

La *vessie énormément distendue*, remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic, a souvent été prise pour un kyste. C'est surtout lorsque depuis longtemps elle se vide mal, par regorgement, qu'elle se laisse ainsi distendre et arrive à prendre des proportions insolites. Ce fait peut provenir de la compression du col, ou encore d'une affection du système nerveux qui a émoussé la sensibilité. J'ai été une fois appelé dans un asile d'aliénés pour ponctionner un *kyste de l'ovaire* qui n'était autre qu'une vessie énormément distendue, chez une paralytique générale. On doit *toujours* sonder une malade, dès le début de l'exploration.

Vessie distendue.

Enfin, il faut aussi savoir qu'un cathétérisme rapidement pratiqué peut ne pas avoir complètement vidé le réservoir urinaire. Il y a des cas où il est bilobé, en bissac¹, par suite de la pression qu'il subit entre une tumeur pelvienne et le pubis. La communication entre les deux poches peut être assez précaire pour qu'après l'évacuation de la loge inférieure, le jet s'arrête entièrement. Si l'on soupçonne cette disposition insolite, il suffira de pousser la sonde (qui doit être longue et en gomme durcie) pour franchir l'étranglement et évacuer la poche supérieure. On voit alors parfois s'affaisser ce pseudo-kyste surajouté à une autre tumeur véritable dont il masquait les connexions.

Les *muscles droits de l'abdomen* ont souvent donné la fausse sensation de tumeur, par la rigidité de leur masse contracturée et la netteté de leurs bords. C'est surtout quand il y a un certain écartement de la ligne blanche, qui les a rejetés latéralement, qu'on peut s'en laisser momentanément imposer. Il semble aussi que ces muscles puissent partiellement se contracter entre deux intersections aponévrotiques, ce qui complique la difficulté.

Contracture musculaire.

Le *météorisme* peut être poussé assez loin pour simuler une tumeur et même une grossesse. La percussion sera à coup sûr d'un grand secours, mais ne parviendra pas toujours à lever tous les doutes. On connaît des cas curieux de grossesses nerveuses, qui ont trompé des observateurs distingués².

Météorisme.

Les *amas de tissu adipeux*, surtout vers la région des flancs, peuvent rendre l'examen très incertain. Je ferai remarquer à ce sujet que j'ai souvent observé une surcharge graisseuse locale de l'hypo-

Amas graisseux.

¹ S. POZZI, *Annal. des mal. des org. génito-urin.*, 1^{er} mai, 1883.

² MALLIE, *Pacific Record*, anal. in *Cent. f. Gyn.*, 1887, n° 24. — TERRILLON, *Ann. de Gyn.*, oct. 1886, t. XXVI, p. 245.