

rience et de l'habileté de la part du médecin. Les données pour l'établir se tirent de trois sources principales :

- 1° Des symptômes ;
- 2° De l'examen avec la main à travers les parois, ou direct avec le doigt ;
- 3° De l'examen *de visu* avec le spéculum.

§ I. — Symptômes.

J'ai déjà dit que, dans les maladies fonctionnelles, les symptômes étaient peu nombreux et fort obscurs. Pour les affections organiques, il n'y a pas de doute quant au siège : mais bien souvent on reste incertain sur le caractère spécial des maladies ; on ne peut pas toujours les distinguer les unes des autres, non plus qu'une affection de l'utérus d'une affection de l'ovaire. Ainsi, une douleur profonde dans le bas-ventre se produit avec une menstruation irrégulière, avec l'inflammation et avec l'ulcération de la matrice ; une hémorrhagie peut se produire spontanément, comme elle peut être produite par des granulations fongueuses, par des polypes ou par des ulcérations. L'inflammation de la membrane muqueuse ou une simple ulcération augmente également les pertes blanches : les écoulements fétides se rencontrent généralement dans le cancer. Les symptômes moins importants sont encore moins distincts les uns des autres : on les retrouve à peu près les mêmes et sous la même forme dans toutes les maladies.

Dans tout examen des maladies utérines, il faut, avant tout, isoler le mal autant que possible et en tracer les principaux effets sur les différentes fonctions. Les pertes doivent être examinées soigneusement, et il faut se rendre compte de la relation qui existe entre elles et la sécrétion menstruelle normale : savoir si les pertes paraissent en même temps que les règles ou entre deux époques ; si elles augmentent ou diminuent avant ou après la menstruation ; si, à ce moment, elles changent de couleur ; si elles ont une mauvaise odeur ; quel aspect elles présentent au microscope ; si elles sont sanguinolentes ; si elles ont commencé à une époque menstruelle ; si elles sont accompagnées de douleurs ou de pesanteur. Ces points devront être éclaircis le plus vite possible, et même après cela il restera toujours quelque point douteux. Mais alors, et comme pour compenser l'insuffisance des symptômes ordinaires, nous avons sous la main d'autres moyens de nous éclairer ; et si l'on sait bien combiner les ressources, l'erreur, dans la plupart des cas, deviendra presque impossible.

§ II. — Examen avec la main à travers les parois ou direct avec le doigt.

1° Toucher vaginal.

Le *toucher vaginal* nous met à même de décider, avec la certitude la plus absolue, si la maladie est organique ou fonctionnelle : nous pouvons apprécier le degré de chaleur du vagin, le caractère et l'abondance de l'écoulement, l'état du col et de l'orifice, aussi bien que de la partie inférieure du corps de l'utérus. Nous pouvons reconnaître s'il y a des déchirures ou des ulcérations sur le col ; si l'organe se trouve déplacé, et quel est le degré de ces diverses lésions ; nous pouvons distinguer le cancer, les déviations et les changements de position de l'organe ; et enfin, en combinant les résultats obtenus par le toucher avec ceux que donne un examen fait avec la main à travers les parois abdominales, nous pouvons établir un diagnostic entre les hypertrophies de l'utérus, la grossesse et les maladies de l'ovaire.

Quelques mots maintenant sur la manière de pratiquer l'examen du vagin. Si l'organe malade remplit ou est supposé remplir toute la cavité du bassin, il faudra que la malade soit debout : dans les autres cas, elle peut rester couchée sur le dos ou sur le côté gauche. On écarte légèrement les grandes lèvres, et le doigt indicateur, préalablement enduit d'huile, est poussé d'arrière en avant jusqu'à ce qu'il pénètre dans le vagin. Arrivé au fond de ce canal, le doigt est alors promené en avant et en arrière jusqu'à ce qu'il atteigne l'orifice utérin. Chemin faisant, il s'assure des diverses circonstances que j'ai déjà signalées. Une fois le doigt sur l'orifice, on s'assure des divers changements morbides éprouvés par le col ou par le corps de la matrice, et l'on peut aussi se rendre compte de l'état de la partie supérieure du bassin.

M. le docteur Gallard (1) nous enseigne qu'on doit indistinctement se servir des deux mains, et que le toucher peut être pratiqué debout ou dans le décubitus dorsal, qu'un seul doigt, l'indicateur, est presque toujours suffisant, que le toucher est possible même chez les vierges sans porter atteinte à l'intégrité de la membrane hymen, en ayant soin de faire rapprocher les cuisses, ce qui produit le relâchement de cette membrane.

« Le col ; dit M. Gallard, chez la femme qui n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches, présente une forme conique, son orifice est petit, étroit, assez difficile à percevoir au toucher. On a comparé non sans raison la sensation qu'il fournit alors, à celle qu'on éprouverait en touchant le lobule du nez.

« Le col quoique souple présente une certaine résistance élastique.

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. 2^e édition, Paris, 1879.

« Sa surface est lisse ; la muqueuse très adhérente au tissu musculaire ne glisse pas sur lui ; elle est à peine sensible au toucher.

« Chez la femme qui a eu des enfants, le col est plus gros, plus court que chez la vierge, et au lieu de la forme conique il affecte une forme cylindrique. Les deux lèvres sont plus distinctes, et la dépression qui correspond à l'orifice du col forme une fente transversale.

« Vers les extrémités de cette fente, plus souvent à gauche qu'à droite, on trouve des froncements, des déchirures produites pendant l'accouchement.

« Pendant la période menstruelle le col est plus entr'ouvert ; le doigt porté dans le cul-de-sac antérieur du vagin rencontre habituellement, chez la femme nullipare, le corps de l'utérus. Cette antécourbure physiologique disparaissant par le fait de la grossesse, il en résulte que chez les femmes qui ont eu des enfants on ne perçoit plus le corps.

« Le doigt porté en arrière remonte dans le cul-de-sac postérieur, rencontre parfois une sensation de tumeur due à la présence de matières fécales contenues dans le rectum, la paroi postérieure de l'utérus n'est guère accessible que par le rectum.

« Sur les côtés du col dans les culs-de-sac latéraux le doigt n'éprouve qu'une sensation de mollesse.

« Les dimensions des culs-de-sac sont un peu variables chez la femme qui a eu des rapports sexuels, le cul-de-sac postérieur est plus dilaté, car l'organe copulateur étant plus long que la distance qui sépare le museau de tanche de l'orifice de la vulve, refoule le vagin et y creuse une cavité appropriée à ses dimensions. »

Une fois ces renseignements obtenus, le doigt est retiré. Il faut, pour cet examen, user de la plus grande délicatesse, et l'on doit ne le répéter que le moins possible. Il est rare qu'on soit forcé d'introduire plus d'un doigt à la fois. Quand la vessie est malade, un cathéter introduit dans cet organe facilite beaucoup l'examen et les recherches. On ne devra jamais pratiquer cette sorte d'examen lorsqu'il existe de grandes douleurs ; il ne serait pas supporté pendant une période aiguë d'inflammation, et, dans quelques cas, on doit n'accepter qu'avec défiance les résultats de l'examen.

Les principaux points sur lesquels on porte son attention quand on examine une malade sont : l'état du vagin, comme température, calibre, écoulement et sensibilité ; dans quelle condition se trouve le bassin : est-il vide ou rempli, et, dans ce dernier cas, qu'est-ce qui le remplit ? à quelle hauteur se trouve l'orifice de l'utérus ? est-il ouvert, est-il sensible, est-il intact ? la résistance du tissu du col, sa sensibilité ; l'absence de toute végétation morbide ou d'ulcération à sa surface ; la position ou le volume de la matrice, sa sensibilité et sa mobilité. En retirant le doigt du vagin, on peut se rendre compte de la nature de l'écoulement, et l'examen au microscope pourra quelquefois

décider des questions très importantes. Il faudra encore rechercher avec soin s'il existe quelque ulcération, quelle en est l'étendue ; dans quel état se trouvent le col et le corps, s'il y a écoulement de sang, et enfin s'il existe quelque polype ou excroissance fongueuse.

On le voit donc, les renseignements qu'on obtient par le toucher portent sur tous les points, excepté sur la couleur des organes ; et il est bien rare, en admettant même que cela arrive, que la vue en apprenne plus que le toucher. Sans doute, pour en arriver à ce résultat, il faut une grande expérience, et il faut aussi un tact extrêmement délicat ; mais il est sûr aussi qu'avec de la persévérance, en joignant à l'étude des malades celle du cadavre, on peut arriver à cette perfection du tact.

2° Palpation abdominale.

La palpation abdominale est un moyen complémentaire à employer après le toucher ; grâce à cette palpation, on peut se rendre compte de la forme et de la dimension d'une tumeur utérine ou ovarienne, d'après la mobilité de la tumeur, s'il existe oui ou non des adhérences, et d'apprécier la densité de la tumeur.

La palpation abdominale permet encore de se rendre compte de l'état de grossesse et même ainsi que M. le Dr Pinard l'a fait connaître dans une monographie très importante, de se rendre compte de la présentation fœtale (1).

3° Toucher rectal.

Le toucher par le rectum procure souvent des renseignements importants et permet d'éclaircir des points douteux. Par cette voie, on arrive plus facilement sur le corps et sur les ligaments de l'utérus, dont on peut mieux apprécier le développement morbide ; on distingue plus facilement les affections utérines de celles de l'ovaire ; enfin, on examine plus à fond les tumeurs du bassin, les abcès de la paroi recto-vaginale, les limites de chacune de ces maladies.

4° Toucher rectal et vaginal combinés.

« Après le toucher vaginal et le toucher rectal, il y a lieu de dire un mot de ces deux modes d'exploration combinés. — Voici l'opinion de M. Gallard (2) à ce sujet.

« Lorsqu'il s'agit, dit cet auteur, d'une affection intéressant le système génital interne, je ne pratique que très exceptionnellement le toucher rectal indépendamment du toucher vaginal, que je réserve plus spécialement pour l'examen des lésions qui me paraissent ne de-

(1) A. Pinard, *Traité du palper abdominal*. Paris, 1878.

(2) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. 1879.

voir intéresser que le rectum. — Je préfère alors combiner le toucher rectal au toucher vaginal et alors, au lieu d'introduire nécessairement le même doigt dans chacun des conduits, j'y introduis simultanément deux doigts différents. On a conseillé de se servir à la fois des deux indicateurs; mais, en occupant ainsi ses deux mains, on se prive de la précieuse ressource du palper hypogastrique, il vaut donc infiniment mieux employer deux doigts de la même main, je conseille alors de se servir du médius que l'on introduira dans le rectum, tandis que l'indicateur le sera dans le vagin.

« Les parties que l'on peut surtout explorer par la combinaison du toucher vaginal et rectal, sont d'abord la cloison recto-vaginale qui ne sépare les deux doigts explorateurs que par une mince couche de tissus souples et moelleux à travers lesquels ils se sentent parfaitement. Tout à fait en bas au-dessus de l'anus, on trouve une dilatation ampullaire, puis en haut, le col de l'utérus et le corps. »

5° Toucher vésical.

L'introduction d'un doigt dans la vessie peut encore nous fournir dans quelques cas spéciaux des renseignements d'une importance considérable. Le toucher vésical combiné avec le toucher rectal peut fournir les résultats les plus inattendus et permettre de se rendre compte, au dire de M. Næggerath (1), de ce qui se passe dans le bassin de la femme aussi nettement que si l'on avait les organes génitaux sur une table d'amphithéâtre.

Ce toucher ne doit être employé qu'exceptionnellement et quand les renseignements fournis par les autres modes d'exploration ne nous ont pas permis d'arriver à un diagnostic suffisamment complet.

Pour procéder au toucher vésical, on dilate préalablement l'urèthre et l'on fait pénétrer aussitôt l'indicateur de l'une des mains. Le doigt introduit jusque dans la vessie, permet d'explorer la cavité de cet organe ainsi que la partie antérieure du corps de l'utérus.

6° Sondes, dilateurs, trocarts.

Simpson a encore ajouté à nos moyens physiques de diagnostic. Grâce à sa sonde utérine, on peut s'assurer de la perméabilité du col de l'utérus : on mesure la cavité de la matrice et, jusqu'à un certain point, on se rend compte de l'état physiologique et de la mobilité de cet organe.

La sonde de Simpson (fig. 1), est une mince tige d'argent emmanchée d'un côté dans une poignée de bois, et recourbée à son autre

(1) Næggerath, *The vesico vaginal and vesico-rectal touch* (American, J. of obstetrics. Mai 1875, p. 123).

extrémité pour répondre à l'angle formé par le col de l'utérus et le vagin; le bois du manche est lisse d'un côté et dentelé sur l'autre face, de manière qu'on puisse reconnaître le côté de la pointe de l'instrument. La tige est divisée en centimètres et présente, à 6 centimètres 1/2 de son extrémité, une légère élevation ou une encoche pour marquer la profondeur normale de la cavité utérine. La sonde de Sims (fig. 2),

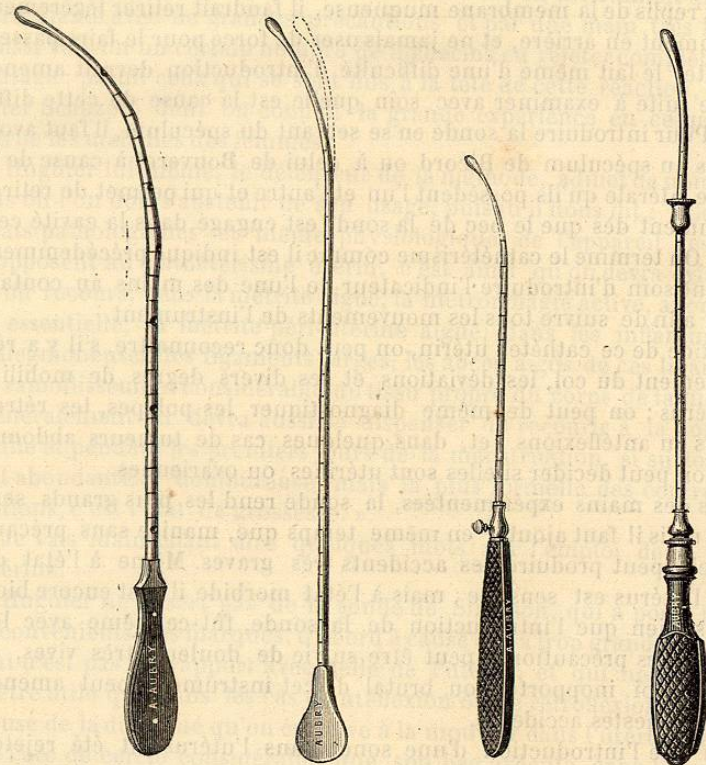


Fig. 1. — Sonde de Simpson.

Fig. 2. — Sonde de Sims.

Fig. 3. — Hystéromètre à tige malléable.

Fig. 4. — Sonde de Valleix.

formée d'une tige métallique malléable au gré de l'opérateur, présente une longueur de 25 à 28 centimètres. Elle est cylindrique et se termine par un petit manche plat. Elle est graduée en centimètres.

La sonde de Sims a été récemment modifiée par M. Aubry de façon à la rendre plus portable. Ce dernier modèle se compose d'une tige cylindrique malléable et se termine par un manche de bois dans lequel la sonde peut être rentrée afin d'en diminuer la longueur (fig. 3).

La sonde de Valleix a une courbure fixe (fig. 4) suivant un rayon de 8 à 10 millimètres en rapport avec la direction de l'axe cervico-uté-

rin. Elle se termine par un manche de bois et est munie d'un curseur. On procède à l'introduction de la sonde sans spéculum ou à l'aide de cet instrument. Dans le premier cas on introduit le long du doigt, porté à la partie supérieure du vagin, la pointe dirigée en avant. Pour peu qu'on prenne quelques précautions, on la dirige à peu près directement sur le col; on lui fait franchir le col sans grande difficulté et arriver jusqu'au fond de la matrice. Si l'extrémité venait à s'engager dans un des replis de la membrane muqueuse, il faudrait retirer légèrement l'instrument en arrière, et ne jamais user de force pour le faire passer. Du reste, le fait même d'une difficulté d'introduction devrait amener tout de suite à examiner avec soin quelle est la cause de cette difficulté. Pour introduire la sonde en se servant du spéculum, il faut avoir recours au spéculum de Ricord ou à celui de Bouveret à cause de la rainure latérale qu'ils possèdent l'un et l'autre et qui permet de retirer l'instrument dès que le bec de la sonde est engagé dans la cavité cervicale. On termine le cathétérisme comme il est indiqué précédemment en ayant soin d'introduire l'indicateur de l'une des mains au contact du col afin de suivre tous les mouvements de l'instrument.

A l'aide de ce cathéter utérin, on peut donc reconnaître, s'il y a rétrécissement du col, les déviations et les divers degrés de mobilité de l'utérus; on peut de même diagnostiquer les polypes, les rétroflexions ou antéflexions; et, dans quelques cas de tumeurs abdominales, on peut décider si elles sont utérines ou ovariennes.

Dans des mains expérimentées, la sonde rend les plus grands services; mais il faut ajouter en même temps que, maniée sans précaution, elle peut produire des accidents très graves. Même à l'état de santé, l'utérus est sensible; mais à l'état morbide il l'est encore bien plus: si bien que l'introduction de la sonde, fût-ce même avec les plus grandes précautions, peut être suivie de douleurs très vives, et que l'emploi inopportun ou brutal de cet instrument peut amener les plus funestes accidents.

Bien que l'introduction d'une sonde dans l'utérus ait été rejetée par des praticiens distingués comme inutile et dangereuse, il n'en est pas moins vrai que c'est aujourd'hui un moyen de diagnostic fort utile et qu'on ne doit pas négliger dans beaucoup de cas.

D'après Huguier (1), le vulgarisateur de cette méthode, « il n'est peut-être pas aujourd'hui en France, en Angleterre, en Allemagne, en Italie, un seul gynécologue, suivant les mouvements de la science, qui n'ait recours au cathétérisme utérin. »

A propos de la sonde utérine, M. West (2) dit :

« Les notions que cet instrument nous permet d'acquérir sont souvent d'une valeur considérable et d'une nature telle que nous ne pour-

(1) Huguier, *De l'hystérométrie*. Paris, 1865.

(2) West, *Leçons sur les maladies des femmes*, traduction française, 1870.

riens les obtenir autrement, vu que nous n'arriverions qu'à une connaissance bien imparfaite après des examens répétés. »

Courty, Nonat et Gallard, ont posé des règles précises pour l'emploi de la sonde utérine, et nous voyons que cet instrument est pour eux d'un usage fréquent.

Cependant il ne faudrait pas trop en généraliser l'emploi, car des accidents funestes en ont été le résultat. C'est un instrument qui doit être manié avec de grandes précautions et par une main très habile. Aussi voit-on un certain nombre de médecins en rejeter complètement l'usage; parmi ceux qui se sont mis à la tête de cette réaction, il faut citer Scanzoni dont on connaît la grande expérience en ce qui concerne les maladies des femmes.

Huguier lui-même, le défenseur de la méthode, admet de nombreux cas où l'on doit s'abstenir de son usage, puisqu'il nous dit : « Certains états pathologiques et même physiologiques de l'appareil gestateur s'opposent au cathétérisme utérin, c'est ainsi qu'on devra éviter d'y avoir recours, dans la métrite aiguë, la métrorrhagie active, abondante et essentielle, la métrite péri-utérine aiguë, dans les inflammations phlegmoneuses des ligaments larges, les abcès aigus de ces ligaments, le ramollissement considérable du tissu propre du corps de la matrice. Généralement on devra aussi se dispenser de recourir à la sonde la veille et pendant les premiers jours de la menstruation, si surtout elle est abondante et douloureuse, mais la plus formelle des contre-indications, c'est l'état de grossesse. »

Je vais maintenant dire quelques mots sur l'emploi de la sonde utérine.

Huguier ne se sert pas de la sonde de Simpson, qui a pour lui des inconvénients très marqués, d'abord à cause de sa trop grande courbure qui n'est pas en rapport avec celle de l'utérus, et qui ne lui permet d'être utile que dans les cas d'antéflexion ou de rétroflexion, ensuite à cause de la difficulté qu'on éprouve à la mouvoir dans l'utérus par suite de l'arc de cercle considérable que son bec exécute dans l'organe et qui pourrait occasionner des froissements, de la douleur et des hémorrhagies.

M. Marion Sims (1) préfère une sonde flexible en argent, à laquelle il donne au moment même la courbure voulue. Cette sonde présente de grands avantages.

La sonde la plus généralement en usage en France est la sonde de Valleix, c'est celle à laquelle on doit avoir recours dans les cas ordinaires.

Voici quelques préceptes, que nous empruntons à M. le docteur Gallard (2), et que je crois utile de reproduire.

(1) Marion Sims, *Chirurgie utérine*, 1866.

(2) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris, 1879.

« Pour le cathétérisme utérin la femme sera placée dans le décubitus dorsal, dans la même position que pour le spéculum. La sonde sera introduite ainsi dans la cavité utérine, soit après avoir préalablement mis le col à découvert au moyen du spéculum, soit sans le secours d'aucun autre instrument. Dans le premier cas le spéculum de Ricord est le seul dont on puisse faire usage, à cause de la rainure qui

existe entre les deux valves dans toute la longueur du spéculum, et qui permet de retirer cet instrument en laissant la sonde en place, le retrait s'opère aussitôt que le bec de la sonde a été introduit dans la cavité du col, et alors qu'elle y a pénétré de 2 à 3 centimètres seulement.

« Dans le second procédé on pratique d'abord le toucher avec la main gauche, le doigt indicateur est placé sur la lèvre postérieure du col immédiatement en arrière de l'orifice externe que l'on doit sentir sous la pulpe du doigt, puis la sonde est glissée sur ce doigt, sa convexité dirigée en arrière jusqu'à ce qu'elle arrive à l'orifice du museau de tanche. Le manche de l'instrument est alors abaissé entre les cuisses de façon à ramener l'instrument dans l'axe du détroit supérieur, la sonde pénètre alors facilement quand l'utérus est dans sa position normale. Ce mouvement doit être pratiqué avec la plus grande douceur.

« Dans le cas où la sonde ne peut pénétrer dans sa position normale, c'est que le bec de la sonde est engagé dans un des replis de l'arbre de vie, où qu'il existe un état pathologique quelconque, qui nécessite de diriger la sonde dans une autre direction ; s'il existe une flexion, il faudra diriger la courbure de la sonde dans le sens de cette flexion ; mais, pour porter cette courbure, soit sur les côtés, soit en arrière, il ne suffit pas de faire opérer un simple mouvement de rotation au manche de l'instrument. Si on procédait ainsi, on ferait décrire au bec de la sonde un arc considérable (fig. 5), et qui, en passant

dans une cavité aussi étroite que celle du col ou même du corps de la matrice dont les parois sont rapprochées au contact l'une de l'autre, y déterminerait des désordres ou tout au moins des froissements pénibles et douloureux.

« Il faut au contraire considérer le bec de la sonde comme un centre immobile, et faire décrire le mouvement d'arc de cercle au manche de l'instrument, et alors le bec pourra être porté dans les diverses direc-

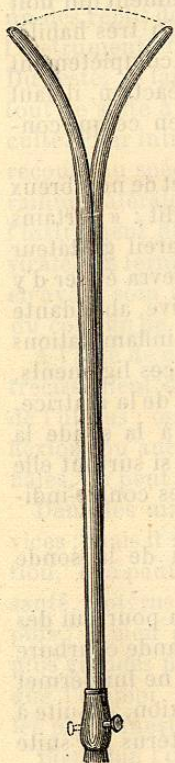


Fig. 5. — Arc de cercle que parcourt le bec de la sonde quand on la retourne simplement pour en changer la direction.

tions suivant lesquelles il devra se présenter dans le canal cervico-utérin pour y pénétrer plus profondément sans exercer aucune déchirure, aucun froissement.

« La figure 6 indique comment ce mouvement doit être exécuté.

« La sonde pénètre en général facilement dans le col, ce n'est qu'au niveau de l'orifice interne, qu'on éprouve presque toujours une certaine difficulté à pénétrer dans la cavité utérine. Il arrive assez souvent que cet orifice interne présente une coarctation telle, qu'il est

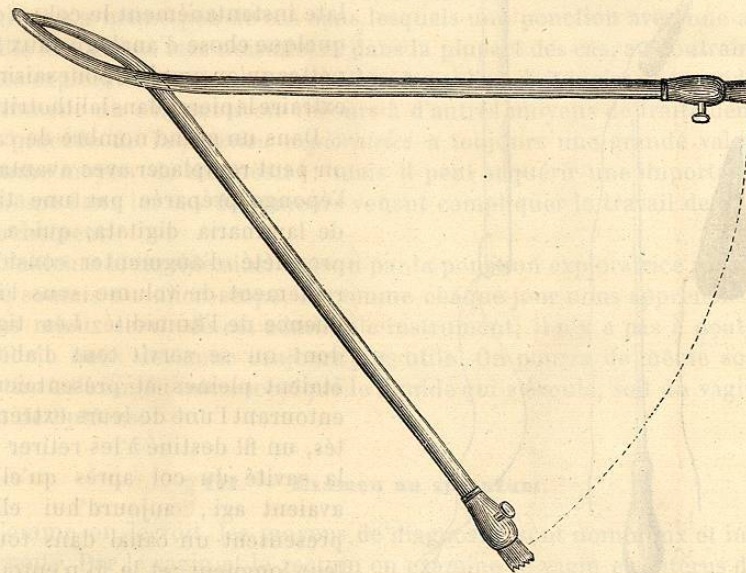


Fig. 6. — Mouvement à imprimer au bec de la sonde utérine pour en changer la direction en en déplaçant le moins possible l'extrémité qui est introduite dans l'utérus.

impossible de le franchir ; dans ce cas, plus le cathétérisme se rapprochera de l'époque des règles, plus il deviendra facile.

« Quand l'orifice interne est franchi, ce qui devient évident par la sensation de résistance vaincue, la sonde, continuant sa progression, arrive jusqu'au fond de la matrice ; la femme alors éprouve une sensation particulière de malaise et de souffrance signalée pour la première fois par Valleix.

« Le cathétérisme utérin ne doit pas être fait au moment des règles, mais seulement quelques jours après. Pendant les règles cette opération serait dangereuse, car, l'utérus étant congestionné et ramolli, un simple froissement pourrait l'enflammer, le moindre effort maladroit pourrait le perforer. Cependant il des cas où il sera nécessaire d'y avoir recours à l'époque menstruelle. »

Pour arriver au diagnostic des maladies utérines, il est encore très utile de pouvoir dilater le col et l'orifice du col; on peut ainsi, avec le doigt, sonder ce col, ou du moins la partie inférieure de ce col, et reconnaître l'existence soit d'une ulcération, soit d'un polype. Pour arriver à cet examen, Simpson fait usage d'une série de petites éponges

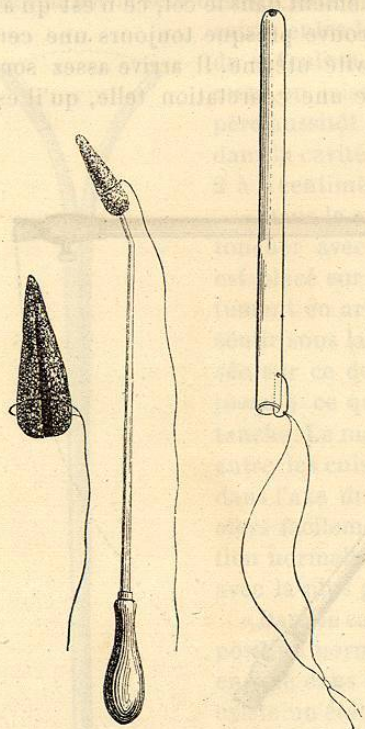


Fig. 7. — Instrument pour l'introduction de l'éponge préparée dans la cavité du col.

Fig. 8. — Tente de laminaria digitata de Greenhalgh.

(fig. 7) préparées, de plus en plus grosses, jusqu'à ce qu'il ait obtenu le degré voulu de dilatation. Protheroe Smith a imaginé aussi un instrument au moyen duquel il dilate instantanément le col: c'est quelque chose d'analogue aux tenettes qu'on emploie pour saisir et extraire la pierre dans la lithotritie.

Dans un grand nombre de cas, on peut remplacer avec avantage l'éponge préparée par une tige de laminaria digitata, qui a la propriété d'augmenter considérablement de volume sous l'influence de l'humidité. Les tiges dont on se sert tout d'abord étaient pleines et présentaient, entourant l'une de leurs extrémités, un fil destiné à les retirer de la cavité du col après qu'elles avaient agi, aujourd'hui elles présentent un canal dans toute leur longueur, et le fil n'entoure plus la tige. La dilatation est, à cause de cette double disposition, plus considérable que dans le premier cas (fig. 8).

Ces tiges sont de diverses grosseurs, et en rapport avec la dimension du col dans lequel elles doivent être introduites.

Quant aux nombreux spéculums inventés pour explorer la cavité de l'utérus, ils ne sont guère utiles, et sont à juste titre relégués dans l'oubli. « Il m'a toujours suffi, dit M. Courty (1), pour explorer la cavité du col, pour vaincre la résistance de son orifice vaginal à la dilatabilité, et pour constater quelques altérations de la muqueuse cervicale telles que granulations, fongosités ou polypes, de me servir simplement comme spéculum, ou comme dilatateur, de longues pinces à pansement

(1) Courty, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1872, p. 163.

ordinaire, à extrémité effilée droite ou courbe, ou des pinces à pansement utérin de M. Savage. »

On s'est encore servi, pour explorer la cavité vaginale, de l'endoscope, imaginé par M. Desormeaux (1); mais cet instrument n'est guère applicable pour l'utérus, où son introduction amène presque toujours un léger écoulement sanguin, qui vient obstruer la sonde et empêche l'observateur de bien juger l'état de la muqueuse.

Un des bons moyens encore de s'éclairer sur la nature des tumeurs du bassin et sur leur contenu est la ponction avec le trocart explorateur. Il y a même peu de cas dans lesquels une ponction avec une aiguille fine puisse être nuisible, et dans la plupart des cas, au contraire, cette exploration met à même de décider si l'on doit inciser pour vider la tumeur ou s'il faut avoir recours à d'autres moyens de traitement. Le procédé de la *ponction exploratrice* a toujours une grande valeur comme moyen de diagnostic: mais il peut acquérir une importance extrême dans les cas de tumeurs venant compliquer le travail de l'accouchement.

D'ailleurs le liquide ainsi obtenu par la ponction exploratrice pourra être soumis au microscope, et comme chaque jour nous apprenons à nous mieux servir de cet admirable instrument, il n'y a pas à douter qu'il ne nous devienne toujours plus utile. On pourra de même soumettre à l'examen microscopique le liquide qui s'écoule, soit du vagin, soit de l'utérus.

§ III. — Examen au spéculum.

Comme on le voit, les moyens de diagnostic sont nombreux et importants. Par le vagin et le rectum on examine le vagin et l'utérus dilaté à l'avance, si c'est nécessaire: à ces procédés on ajoute le palper abdominal, l'examen microscopique et chimique des produits de l'écoulement, et l'on arrive à une somme de renseignements importants. Il manque encore une donnée, à savoir, sur quel point la maladie a débuté. En ce qui regarde le vagin et le col de l'utérus, on peut en grande partie, au moyen du spéculum, suppléer à cette absence de renseignements. C'est en effet à l'introduction du spéculum dans la pratique gynécologique que l'on doit la plupart des progrès que la pathologie utérine a faits. Pour apprécier complètement l'état du col et de l'orifice de l'utérus, plus encore celui du vagin, le spéculum est indispensable. On peut en faire usage sans le moindre embarras, et, pour éviter que l'application ne soit douloureuse, il suffit d'adapter avec soin le volume de l'instrument au diamètre de l'organe. Le point capital est d'a-

(1) Desormeaux, *De l'endoscope*. Paris, 1865, et article ENDOSCOPE, du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, de Jaccoud. Paris, 1871, tome XIII, p. 308.