

types des fosses nasales, dans certains états morbides des trompes d'Eustache.

Nous donnons ici à titre de curiosité le dessin des fosses

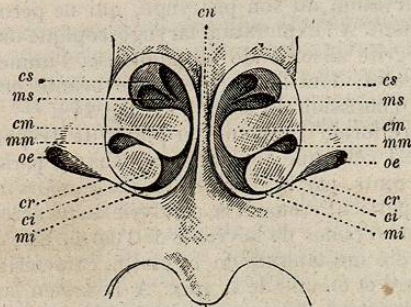


Fig. 45. — Fosses nasales antérieures comme on les voit dans la rhinoscopie.

*cn*, cloison du nez. — *cs*, cornet supérieur. — *cm*, cornet médian. — *ci*, cornet inférieur. — *ms*, méat supérieur. — *mm*, méat médian. — *mi*, méat inférieur. — *oe*, orifice de la trompe d'Eustache. — *cr*, crête limitant l'orifice de la trompe d'Eustache et le bord inférieur des fosses nasales.

nasales postérieures vues par la rhinoscopie (fig. 45). Ce dessin, comme le fait remarquer M. Morell-Mackenzie (1), est aussi exact que possible : mais il ne peut être obtenu qu'en combinant les diverses images obtenues en plaçant successivement le miroir dans différentes positions.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer suffisent pour démontrer que la laryngoscopie est une méthode d'examen avec laquelle le médecin doit aujourd'hui se familiariser. Il est incontestable que le diagnostic et surtout le traitement des maladies du larynx ont beaucoup gagné à son application. Il est bon toutefois de remarquer que le larynx n'est jamais aussi facile à explorer que lorsqu'il se trouve dans les conditions physiologiques. Dans beaucoup de cas le gonflement des parties supérieures : épiglote, ligaments aryéno-épiglottiques, masque complètement la vue des parties inférieures ; et dans la plupart des maladies aiguës la sensibilité morbide de l'arrière-gorge s'oppose à

(1) Morell-Mackenzie, *Du laryngoscope et de son emploi dans les maladies de la gorge*, avec un appendice sur la laryngoscopie, traduit par Émile Nicolas. Paris, 1857, p. 146.

ce que l'exploration soit pratiquée d'une manière profitable. C'est donc particulièrement dans les maladies chroniques du larynx que la laryngoscopie trouve ses applications.]

### CHAPITRE III

#### EXPLORATION DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

[**Emploi du spéculum.** — Nous avons vu plus haut (p. 327) la manière dont se pratique le toucher vaginal et les renseignements que fournit ce mode d'exploration. Mais dans nombre de circonstances, il est nécessaire de rendre accessibles à la lumière les parties profondes du vagin et la portion cervicale du col utérin ; ce résultat est obtenu à l'aide d'instruments spéciaux qui portent le nom de *spéculums*.

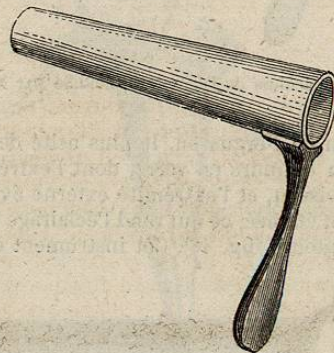


Fig. 46. — Spéculum de Récamier, modifié par Dupuytren.

L'usage de ces instruments paraît remonter à la plus haute antiquité, car on en a découvert dans les fouilles de Pompéi, et Paul d'Égine, Albucasis, Ambroise Paré, en décrivent ou en figurent des spécimens, dont plusieurs très-complicés (1). Mais c'est à Récamier que l'on doit d'avoir

(1) Consulter, au sujet de l'histoire : Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris, 1873, p. 67.



introduit définitivement dans la pratique l'emploi du spéculum.

Le spéculum de Récamier qui, sauf de légères variantes, demeure encore le type le plus commode et le plus répandu, consiste en un tube métallique creux, représentant un cône tronqué (voy. fig. 46), auquel Dupuytren ajouta un manche coudé à angle droit. M<sup>me</sup> Boivin, pour faciliter l'introduction de l'instrument, en remplit la cavité avec un mandrin de bois, à extrémité mousse fig. 47).

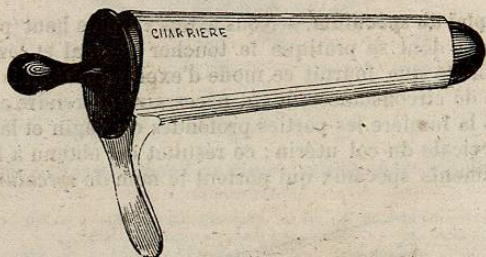


Fig. 47. — Spéculum de Dupuytren, modifié par M<sup>me</sup> Boivin.

Le spéculum de Fergusson, le plus usité de tous actuellement, est un cylindre en verre, dont l'extrémité interne est taillée en biseau, et l'extrémité externe évasée. La surface externe est étamée, ce qui rend l'éclairage de l'intérieur du tube très-intense (fig. 48). Cet instrument est très-com-

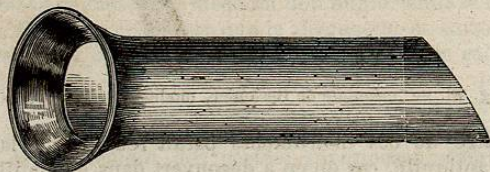


Fig. 48. — Spéculum de Fergusson.

mode, facile à nettoyer, et, avec un peu d'habitude et de précaution, d'une application facile et non douloureuse. En Allemagne, on se sert généralement aujourd'hui de spécu-

lums cylindriques construits sur le modèle de celui de Fergusson, mais en verre dépoli ou de porcelaine (spéculum de Mayer).

Tous ces spéculums formés d'une seule pièce sont dits des spéculums *pleins*; on a imaginé, pour faciliter l'introduction, des instruments à plusieurs valves (spéculums *brisés*, à *développement*); les valves, repliées au moment de l'introduction, s'écartent une fois l'instrument mis en place, par un mécanisme de charnière ou de crémaillère. Le plus commode de ces instruments est le spéculum bivalve de Cusco, ou spéculum en bec de canne qui, entre autres avantages, présente celui d'être articulé de façon à dilater le moins possible l'anneau vulvaire, au moment de l'écartement des branches (fig. 49).

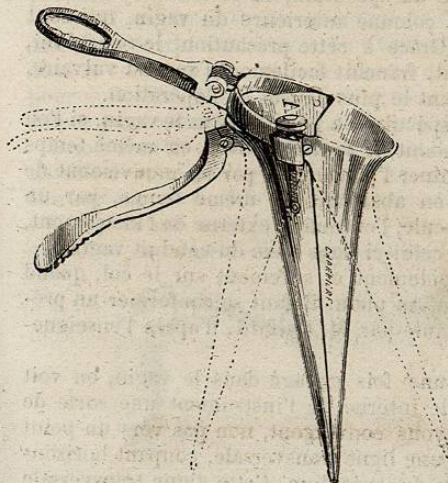


Fig. 49. — Spéculum en bec de canne de Cusco, vu de profil.

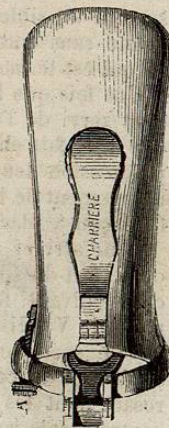


Fig. 50. — Le même, vu de face.

D'une façon générale, c'est au spéculum plein qu'il faut recourir dans les explorations habituelles, et il importe surtout de bien connaître son mode d'application.

La position à donner à la femme est le décubitus dorsal (en Angleterre et en Amérique, c'est le décubitus latéral



gauche), le bassin élevé, les membres inférieurs fléchis à angle droit et fortement écartés, position que l'on obtient le plus facilement à l'aide du lit à spéculum, bien connu. Il est toujours utile, avant de procéder à l'application du spéculum, de pratiquer le toucher, pour se renseigner sur l'état du vagin, la position et la configuration du col, etc.

Le spéculum, préalablement chauffé, est enduit d'un corps gras; l'emploi de l'embout n'est pas indispensable, surtout si l'on se sert du spéculum en bec de flûte de Fergusson, qui ne possède pas d'embout. L'opérateur, avec les doigts de la main gauche, écarte les grandes et les petites lèvres, en même temps qu'il déprime la commissure postérieure de la vulve; c'est sur cette commissure postérieure et sur le périnée que doit exclusivement porter l'effort de l'extrémité vaginale du spéculum, en évitant de heurter le méat urinaire et la colonne antérieure du vagin, qui sont surtout sensibles. Grâce à cette précaution, le spéculum, même sans embout, franchit facilement l'anneau vulvaire, ce qui est le moment le plus délicat de l'opération.

Une fois que le spéculum a pénétré dans le vagin, si l'on s'est servi de l'embout, il faut le retirer, en même temps que l'on fait cheminer l'instrument par un mouvement de progression lent, en abaissant en même temps, par un mouvement de bascule, l'extrémité externe de l'instrument, de façon à placer celui-ci dans l'axe du conduit vaginal.

Pour arriver rapidement et sûrement sur le col, quand on se sert du spéculum plein, il faut se conformer au précepte suivant, formulé par M. Gallard, d'après l'enseignement de Valleix :

« Le spéculum une fois engagé dans le vagin, on voit au-devant du cercle interne de l'instrument une sorte de rosace dont les rayons convergent, non pas vers un point central, mais vers une ligne transversale, coupant horizontalement le champ du spéculum. Cette ligne transversale est formée, ainsi que les rayons qui en partent, par les plis du vagin dont les parois antérieure et postérieure, appliquées l'une contre l'autre à l'état normal, doivent s'écartier pour donner passage à l'instrument. A mesure que le spéculum avance, le vagin se déplisse au-devant de lui, mais la même figure se retrouve toujours dans l'aire de l'instrument, tant qu'on a soin de le maintenir dans l'axe du conduit. Si, par un mouvement mal dirigé, on s'éloigne de l'axe

du vagin, la figure change d'aspect; la ligne transversale qui fait le centre de la rosace se rapproche du bord du cercle circonscrit par le spéculum, puis disparaît tout à fait, et alors on n'a plus sous les yeux qu'une simple toile, uniformément tendue, sur laquelle les plis et les rides naturels du vagin sont à peine apparents. Un mouvement opposé ramène les choses dans leur état primitif et, aussi loin qu'on avance dans l'intérieur du vagin, la même rosace reste au fond du spéculum, jusqu'au moment où on arrive à découvrir le col de l'utérus, sur lequel on est ainsi inévitablement conduit, quelle que soit sa position (1). »

Lorsqu'on se sert du spéculum de Fergusson, le bec du biseau doit être maintenu vers la face postérieure du vagin, de façon à l'engager dans le cul-de-sac postérieur, plus profond que l'antérieur.

Quand on emploie le spéculum de Cusco, il faut avoir soin de n'écartier les valves que lorsqu'on juge être arrivé dans le voisinage du col; la recherche de ce dernier n'exige, pour ainsi dire, aucun effort, l'écartierement considérable des valves permettant de le découvrir presque à coup sûr.

Une mention spéciale doit être consacrée aux *spéculums univalves*, récemment introduits surtout dans la pratique chirurgicale, et dont le type est le spéculum de Sims.

Ce spéculum consiste en une valve unique creusée en gouttière et munie d'un manche recourbé; ou bien de



Fig. 51. — Spéculum de Marion Sims.

deux spéculums d'inégale dimension montés sur le même manche (fig. 51).

Ce spéculum n'est en réalité qu'un dilateur du vagin, mais qui rend le col et les culs-de-sac bien plus accessibles que les spéculums pluri- ou multivalves. De là son emploi

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, p. 92.



dans toutes les opérations laborieuses qui se pratiquent sur ces régions, dans l'opération de la fistule vésico-vaginale notamment; Marion Sims et les gynécologues américains en recommandent l'emploi, dans un but diagnostique, dans toutes les affections des parties profondes du vagin et dans celles du col utérin.

L'application du spéculum de Sims exige une position de la femme différente de celle que nous avons décrite; la femme est couchée sur le côté gauche, les deux cuisses pliées à angle droit sur le bassin, la droite plus fortement que la gauche.... Un aide relève la fesse du côté droit et l'explorateur introduit le spéculum, en lui faisant suivre la paroi postérieure du vagin. Il suffit de déprimer celle-ci pour voir le vagin largement déplié, le col de l'utérus et toute la paroi antérieure du vagin. On peut, si l'on veut obtenir une vue plus nette encore du col, faire écarter la paroi antérieure du vagin à l'aide d'un autre spéculum de plus petite dimension.

Quant aux différentes maladies, tant de l'utérus que du vagin, dans lesquelles l'exploration à l'aide du spéculum fournit des renseignements, c'est là un point sur lequel nous ne pouvons insister ici, et pour lequel nous renverrons aux traités spéciaux de gynécologie (1).

*Cathétérisme utérin.* Le cathétérisme utérin, ou l'exploration de la cavité utérine à l'aide de procédés analogues à ceux que l'on emploie pour la vessie, a été surtout introduit dans la pratique par Simpson, Huguier (2) et Valleix. Il se fait à l'aide de sondes intra-utérines ou hystéromètres, dont la plus usitée est la sonde intra-utérine de Valleix.

Cet instrument se compose d'une tige métallique, mousse et légèrement recourbée à son extrémité; d'un manche creux, dans lequel peut être refoulée la tige quand elle ne sert pas, et sur lequel elle est fixée à l'aide d'une vis; enfin d'un curseur à frottement dur, destiné à servir de point de repère dans la mesure de la hauteur de la cavité utérine (3).

(1) Consulter Simpson, *Mém. sur la sonde utérine*, in *Clinique obstétric. et gynécolog.*, trad. par G. Chantreuil. — Valleix, *Guide du médecin praticien*, 5<sup>e</sup> édit., par Lorain, t. V. — Churchill (Fl.), *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. Wieland et Dubrisay. — Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris, 1873.

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

(3) Valleix supprima le curseur imaginé par Huguier, et le remplaça

Des divisions en centimètres sont marquées le long de la tige, sur sa face concave (fig. 32).

La sonde intra-utérine, au point de vue du diagnostic, fournit d'utiles renseignements sur le plus ou moins de perméabilité de la cavité du col et du corps de l'utérus, sur les dimensions de ces cavités, sur la direction de leur axe, les déviations qu'il peut avoir subies, etc. En thérapeutique, elle permet le redressement de l'utérus dans les cas de flexion, etc.

Le cathétérisme utérin nécessite un certain nombre de précautions. La femme est placée dans la même position que pour l'examen au spéculum, et l'introduction de la sonde s'effectue, soit après avoir d'abord mis le col utérin à découvert à l'aide du spéculum, soit en quelque sorte à couvert, sans le secours d'aucun instrument.

Ce dernier procédé est préférable; dans ce cas, l'index gauche pratique le toucher et sert à guider le bec de l'instrument et à le mettre en rapport avec l'orifice externe du col. On fait glisser la sonde, la concavité dirigée en avant, sur la pulpe du doigt explorateur; puis, une fois engagée dans la cavité cervicale, on abaisse doucement le manche, de façon à faire basculer le bec de l'instrument et à lui faire suivre la direction de l'axe du canal utérin. Inutile de dire que ce mouvement doit s'opérer avec la plus grande douceur. En l'absence de ces précautions, on a vu se produire des métrites graves, de la péritonite et même la perforation du fond de l'utérus.

Il est également superflu d'ajouter qu'il faut préalablement avoir acquis la conviction que la femme est bien à

par une encoche placée à 6 centim. 1/4 de l'extrémité du cathéter hauteur moyenne de l'utérus normal, et pouvant servir de point de repère au doigt pour apprécier les modifications des dimensions utérines. (Voy. *Guide du médecin praticien*, 5<sup>e</sup> édit. t. V, p. 217 et suiv.)



Fig. 32. — Sonde intra-utérine de Valleix.

A, Vis de pression fixant la tige pour l'empêcher de rentrer dans le manche B, où elle peut être refoulée quand l'instrument ne sert pas. — C, curseur.



l'état de vacuité, sous peine de voir le cathétérisme entraîner la rupture de l'œuf et un avortement inévitable. Il faut aussi éviter de pratiquer le cathétérisme pendant la période menstruelle.

Pour juger des dimensions verticales de la cavité utérine, il suffit, la sonde introduite et arrivée jusqu'au fond de l'organe, de marquer à l'aide du curseur ou simplement avec le doigt maintenu en place, le niveau de l'orifice externe du col. Si la longueur ainsi mesurée dépasse 6 à 7 centimètres, la cavité utérine est augmentée de hauteur (Valleix, Richet). Dans les cas de flexion, la direction même que l'on est obligé d'imprimer au manche de la sonde, pour faire pénétrer celle-ci, facilite, si on rapproche ce signe des signes fournis par le toucher, la palpation, etc., le diagnostic de la déviation.]]

## CHAPITRE IV

### DE LA MICROSCOPIE

[Les études microscopiques ont pris dans la science pathologique un rôle dont on ne songe plus aujourd'hui à contester l'importance. Il est certain cependant que les services rendus par le microscope se rapportent plus à l'anatomie morbide qu'au diagnostic à proprement parler. Or, c'est ici à ce seul point de vue que nous devons étudier les résultats qu'il peut fournir. C'est principalement dans l'examen des liquides que les recherches microscopiques sont indiquées en clinique. Elles donnent chaque jour les résultats les plus importants. Les différentes humeurs soumises à ce procédé puissant d'investigation nous révèlent souvent les causes premières des symptômes pathologiques auxquels nous assistons. Aujourd'hui il est impossible, dans certains cas, que le médecin arrive, sans l'aide du microscope, à un diagnostic précis; nous devons donc accorder à la microscopie une place importante, tout en limitant notre étude aux applications qui peuvent en être faites au diagnostic des maladies.]

En nous restreignant ainsi, nous avons à examiner :

- 1° Les liquides normaux ;
- 2° Les liquides pathologiques ;
- 3° Les produits solides ;
- 4° Les corps étrangers organisés ou autres.

#### § 1. — Liquides normaux.

**Sang.** — [[Les modifications pathologiques éprouvées par le liquide sanguin sont très-importantes, et l'humorisme moderne, abandonnant la théorie et se basant sur les faits histo-chimiques, revendique une place de plus en plus considérable dans la médecine. Le sang, en effet, peut être altéré de différentes manières: soit par des modifications quantitatives portant sur sa masse totale ou sur l'un seulement de ses éléments constituants (globules rouges, globules blancs, albumine, fibrine, sels); soit par des modifications qualitatives (altérations des globules rouges, modification de la fibrine, etc.); enfin le sang peut encore être adulteré par la présence, dans la circulation, de substances étrangères, solides, liquides ou gazeuses. Nous n'avons pas ici à étudier toutes ces modifications sémiologiques, mais simplement à exposer les données essentielles que révèle le microscope.

*Numération des globules du sang.* Le sang, comme on sait, est un liquide albumineux tenant en suspension des globules rouges et des globules blancs, en bien moindre proportion. L'élément essentiel et caractéristique est le globule rouge (hématie, Ch. Robin); c'est lui qui fixe l'oxygène au niveau du poumon et l'abandonne aux éléments histologiques dans l'intimité des tissus; ce sont le nombre et l'intégrité de cet élément qui constituent par excellence ce que les anciens appelaient « la richesse et la pureté » du sang. C'est donc sur les modifications qualitatives et quantitatives que doit surtout porter l'investigation clinique.

Les globules blancs, quoique moins essentiels, ne laissent pas que de mériter l'attention, surtout si l'on se rappelle qu'ils servent sans doute à former les globules rouges et que, par leur diapédèse, ils donnent naissance au pus.

Depuis Vierordt et Welcker jusqu'à Andral et Gavarret,