

Pour pratiquer le toucher, il faut une position spéciale de la femme et du médecin.

La femme peut se présenter dans deux positions : 1° couchée ; 2° debout.

*Couchée.* — La malade est placée sur un lit dans la position horizontale, la tête un peu élevée, mais peu ; quelquefois on est obligé de l'engager à soulever légèrement le bassin, ou même à placer sous cette partie un oreiller ou un coussin. Les cuisses doivent être légèrement fléchies sur le bassin, et les genoux élevés ; les cuisses sont un peu écartées l'une de l'autre.

*Debout.* — La position debout est une position que l'on est souvent obligé de faire prendre à la femme pour apprécier la position vraie de l'utérus dans la station debout ou dans la marche, ou bien pour constater certains cas d'abaissement léger, ou certaines déviations qu'on ne pourrait apprécier sans cela. Quand la femme est touchée debout, il faut qu'elle se tienne aussi droite que possible sans roideur et les jambes écartées. On est encore obligé de pratiquer le toucher debout quand l'utérus est situé en haut, et que le médecin ne peut y arriver, la femme étant couchée.

Le médecin prend une position différente suivant qu'il examinera une femme couchée ou debout.

Quand la femme est couchée, il se placera à sa droite s'il veut pratiquer le toucher avec l'index de la main droite ; il se placera à gauche s'il veut examiner avec l'index de la main gauche. Il est toujours infiniment préférable, quand cela est possible, de se placer à la droite de la malade et de l'examiner avec la main droite.

Il est une manière assez commode de toucher une femme couchée, c'est celle qui consiste à lui faire lever une cuisse et à toucher en passant la main au-dessous de cette cuisse et en introduisant directement l'index dans cette position.

Quand la malade est touchée debout, le médecin se place devant elle, un genou à terre placé entre les deux jambes écartées,

le coude droit prenant un point d'appui sur le genou, et l'index est introduit dans cette position.

Il serait puéril de décrire ici le mode d'introduction du doigt ; je dirai seulement que cette introduction doit se faire le pouce placé en avant de manière à embrasser le pubis dans la concavité qui sépare le pouce de l'index, et le médius en arrière de manière à répondre à l'orifice inférieur du rectum. C'est de cette manière qu'on pénètre le plus avant et qu'on peut être à peu près certain d'atteindre au moins le col utérin.

Quelques auteurs prétendent qu'on ne peut toujours y arriver ainsi, et qu'il faut alors engager la malade à faire avant l'examen, une promenade afin de produire un léger abaissement momentané qui rapproche le col utérin de la vulve.

Je ne sais si ce moyen est quelquefois utile, mais ce que je puis dire c'est que j'ai examiné un bien grand nombre de femmes, et qu'il ne m'est jamais arrivé de ne pouvoir atteindre le col de l'utérus. On a, du reste, la ressource de pouvoir introduire simultanément le médius et l'index dans le vagin lorsque le col est un peu élevé, et, grâce à cette manœuvre, il est possible d'atteindre à 1 centimètre et demi au moins au delà du point auquel on arrivait avec l'index seul.

On peut très souvent et avec avantage combiner le toucher avec la palpation. On touche alors avec la main droite pendant que la main gauche appliquée sur l'abdomen y pratique la palpation. Ce mode d'examen est souvent utile.

Les enseignements que l'on obtient à l'aide du toucher vaginal sont nombreux et peuvent se résumer de la manière suivante :

Le toucher vaginal peut faire connaître :

1° La position du col de l'utérus, la hauteur à laquelle il est situé, le degré d'abaissement qu'il a pu subir, ses changements de direction ;

2° L'état de la surface du col, les aspérités, les granulations ou les ulcérations que cette surface peut présenter ;

3° Le volume du col, sa consistance, sa mollesse ou sa dureté;

4° Le degré de l'ouverture du col de l'utérus; la régularité ou l'irrégularité de cette ouverture;

5° Approximativement les liquides morbides accumulés à la surface du col ou dans son intérieur;

6° La température et le degré de sensibilité du col utérin.

Il permet encore de reconnaître :

a. Le volume, le poids du corps de l'utérus, les déviations qu'il a pu subir (antéversion, rétroversion, abaissement, flexion);

b. Les flexions possibles du corps de l'utérus sur le col et *vice versa*;

c. Le degré de consistance, la température, le degré de sensibilité du corps de l'utérus.

D'un autre côté, on peut encore apprécier :

1° L'état des parties voisines, les tumeurs qui y sont développées et qui peuvent exercer une influence quelconque sur le corps ou le col de l'utérus;

2° Les tumeurs diverses du petit bassin et du tissu péri-utérin, les phlegmons péri-utérins, les hématoécèles péri-utérines, les tumeurs ovariennes, etc., etc.;

3° Les tumeurs développées dans l'utérus lui-même, telles que polypes, tumeurs fibreuses, cancers.

Le doigt peut apprécier aussi toutes les nuances de ces divers phénomènes, suivre leur début, leur évolution, leur développement, leur terminaison, leur passage fréquent de l'un à l'autre, les modifications que le traitement peut y apporter.

Si le toucher a tant d'avantages, il n'est pas toujours sans inconvénients; parmi ces derniers nous citerons les suivants :

Le toucher peut augmenter notablement la sensibilité morbide du corps ou du col de l'utérus. Il peut ainsi soit exagérer les douleurs, soit en produire alors qu'il n'en existait pas avant; il peut enfin quelquefois déterminer de véritables hémorrhagies. C'est ce qui a lieu à la suite de l'inflammation chronique avec ramollissement (état fongueux), et surtout du

cancer ulcéré. Dans cette dernière affection principalement, j'ai eu occasion de voir une fois une hémorrhagie très considérable et qu'il a été très difficile d'arrêter.

Le toucher mal pratiqué peut-il déterminer une déviation morbide d'un utérus antérieurement malade et enflammé? Cela est possible. Je n'en connais toutefois pas d'exemple.

C. TOUCHER RECTAL.—Le toucher rectal est quelquefois utile dans un certain nombre d'affections utérines, surtout quand ces affections occupent certaines parties de la matrice. On doit toutefois avouer que son utilité n'est jamais absolue, et qu'il ne fait, la plupart du temps, que confirmer des résultats qu'on eût obtenus tout aussi bien et peut-être mieux au moyen du toucher vaginal. On doit donc, dans la plupart des cas, considérer le toucher rectal comme un moyen de diagnostic complémentaire.

Si l'on ajoute à cela la répugnance que beaucoup de femmes éprouvent à laisser pratiquer cette espèce de toucher, on conviendra qu'il faut autant que possible se dispenser d'y avoir recours lorsqu'il n'est pas rigoureusement indispensable.

Le toucher rectal se pratique comme le toucher vaginal avec l'index préalablement enduit de cérat, d'huile ou de blanc d'œuf. Il permet de constater les états morbides suivants :

1° L'engorgement inflammatoire de l'utérus borné à sa partie postérieure.

2° La rétroversion du corps de l'utérus, ce dernier correspondant médiatement à l'excavation sacrée. Dans ce dernier cas on peut s'assurer alors si le fond de l'utérus incliné en arrière est plus sensible et plus douloureux qu'à l'état normal.

3° Les phlegmons péri-utérins placés entre le rectum et l'utérus.

4° L'hématoécèle rétro-utérine occupant le même siège.

5° La position du col de l'utérus dans l'antéversion du corps de cet organe.

Tels sont les principaux renseignements que le toucher rectal peut donner; mais, je le répète, on les eût aussi bien obtenus à l'aide du toucher vaginal pratiqué d'une manière convenable.

D. SPÉCULUM. — Le spéculum est un instrument tellement précieux pour le diagnostic des maladies de l'utérus qu'il est douteux, malgré la persévérance hostile de quelques esprits encore prévenus, que sans lui l'étude de ces affections eût fait les progrès qu'elle a effectués.

L'histoire du spéculum a donné lieu à de vives contestations, et l'on est loin d'être d'accord sur l'origine de la découverte de cet instrument. M. le docteur Wernhes, auteur d'une bonne thèse sur le spéculum (1848), nous servira de guide dans l'histoire rapide que nous allons en faire.

On ne trouve aucune mention du spéculum dans les auteurs anciens qui se sont occupés des maladies de l'utérus. Ainsi il n'en est aucunement question dans les œuvres d'Hippocrate, de Galien, d'Arétée de Cappadoce et de Celse.

Paul d'Égine est le premier auteur qui en fasse mention, et c'est à lui qu'on doit en attribuer la découverte. Il décrit avec soin la manière de s'en servir et de l'appliquer. Rhazès, Avicenne, Albucasis, en font également mention et c'est dans l'ouvrage de ce dernier que l'on en trouve les premières figures.

Nous renvoyons à la thèse de M. Wernhes pour les planches et la description du spéculum de cet auteur.

Jérôme Mercuriali (1530) et Jacob Ruffius ont dit également quelques mots du spéculum.

Pierre Franco (1556) fit au spéculum à trois branches des modifications qui en firent un instrument plus complet, mais aussi bien compliqué, dont on peut voir les figures dans la thèse de M. Wernhes.

Jean André de la Croix (1580) mit en doute le diagnostic des maladies de l'utérus par les sens seuls, et il attribua cette difficulté à l'absence de l'instrument désigné, dit-il, par les Grecs sous le nom de *dioptra* et par les Latins sous celui de *speculum matricis*. M. Wernhes donne dans sa thèse les figures des diverses espèces de spéculum de l'anus et de la matrice que cet auteur a proposées.

Ambroise Paré (1592) donna le conseil d'appliquer le spé-

lum pour pouvoir regarder plus aisément au fond du vagin. Il donna les divers *portraits du speculum matricis*. On y trouve entre autres un spéculum destiné à servir de conducteur à l'air ou aux substances à l'état de vapeur.

Jean Scultet (1660) donna une description des dioptrés ou spéculum de l'anus et de la matrice. On trouve ces instruments représentés dans les tables 17 et 18 de la traduction française de Debove. On y voit figuré un grand spéculum bivalve qui ressemble beaucoup à celui dont Paul d'Égine a donné la description.

Garengot (1742) a donné la description d'un spéculum fort compliqué et dont il ne paraît pas cependant avoir fait usage. D'après M. Wernhes, son instrument, construit par le coutelier Perret, existe dans la collection de la Faculté de médecine.

Un temps assez long se passe ; on s'occupe peu des maladies de l'utérus, et il faut arriver à notre époque pour trouver des progrès réels et positifs, et en quelque sorte une branche de l'art toute nouvelle.

M. Récamier, dans une lecture faite à l'Académie de médecine, et intitulée *Recherches sur quelques maladies des femmes, Invention d'un spéculum plein et brisé*, fit connaître comment il avait été conduit à faire usage de ce spéculum.

Le premier spéculum de Récamier (1816) fut un cylindre creux en étain bien poli, ayant l'extrémité qui doit rester en dehors du vagin largement évasée et taillée de haut en bas en bec de flûte. Elle a 22 lignes ou 0<sup>m</sup>,05 de diamètre, tandis que l'extrémité qui vient se reposer sur le col de l'utérus n'a que 16 lignes, ou 0<sup>m</sup>,04 environ ; sa surface entière faisait l'office d'un réflecteur destiné à éclairer le fond de l'utérus.

M<sup>me</sup> Boivin ajouta, quelques années après, un embout qui en rendit l'introduction plus facile.

M. Récamier imagina, un peu plus tard, un spéculum brisé qu'il avait basé sur ce fait que la dilatation vulvaire était préférable à la dilatation du fond de l'utérus ; ce dernier eut peu de succès.

Dupuytren coupa le spéculum plein en biseau à son extrémité utérine, et horizontalement à sa face supérieure. Il en résulta une espèce de cellule dans laquelle s'engageait la membrane muqueuse vaginale, ce qui nuisait notablement à la liberté de la vue et des manœuvres.

M<sup>me</sup> Boivin (1825) imagina un spéculum à deux branches, se divisant en deux parties pouvant glisser l'une sur l'autre par les bords de deux moitiés des cylindres.

Lisfranc employa un spéculum qui avait quelque analogie avec celui de Scultet; il était formé de deux valves soutenues chacune par un manche composé de deux pièces réunies à un point d'articulation.

M. Guillon (1827) a proposé un spéculum en cuivre argenté de 5 pouces ou 0<sup>m</sup>,14 de longueur, et composé de deux segments de tube, réunis par leur plus long bord au moyen d'une charnière. Lorsqu'il est fermé il a la forme d'un cône tronqué et aplati. A la base de l'instrument sont fixées deux branches analogues à celles d'un ciseau et permettant d'ouvrir et de fermer l'instrument.

M. Sanson, fabricant d'instruments de chirurgie (1832), imagina un spéculum ayant la forme d'un cornet de papier, et dont l'usage ne s'est pas répandu.

M. Jobert (1833) fit construire par Charrière un spéculum à deux valves, qui fut le point de départ et presque le modèle du spéculum bivalve employé de nos jours.

M. Ricord (1835) modifia le précédent appareil de manière à en faire un instrument plus commode et d'un usage plus simple et plus facile à manier.

Des modifications spéciales ont été apportées plus tard au spéculum bivalve par M<sup>me</sup> Boivin, MM. Leroy (d'Étiolles), Sanson, etc.

Nous mentionnerons encore le spéculum fenêtre proposé en 1838 par M. Ricord.

En 1839, on inventa le spéculum dit *spéculum à développement*. Deux instruments de ce genre parurent presque en même

temps l'un que l'autre : l'un, imaginé par M. Charrière, à trois valves, est celui qui a prédominé d'une manière à peu près générale; l'autre, par M. Ségalas, est à quatre valves; il a été loin de devenir d'un usage général comme le précédent.

De tous ces nombreux spéculums, trois seulement se sont partagés les médecins et sont devenus d'un usage fréquent. Ces trois spéculums sont : le spéculum *plein*, le spéculum *bivalve brisé*, le spéculum à *développement* et trivalve. Nous allons examiner avec quelques développements ces trois instruments.

*Spéculum plein* (fig. 1). — La première idée du spéculum *plein* appartient à Récamier, qui imagina d'abord une canule en fer blanc à bords arrondis de 8 lignes (0<sup>m</sup>,02) de diamètre avec laquelle il put examiner le col de l'utérus chez une jeune femme. Plus tard, en 1816, il inventa réellement le spéculum plein, qui consista dès lors en un cylindre creux en étain bien poli, et à parois vivement réfléchissantes. Dupuytren le modifia. Il diminua la longueur du cylindre qu'il proportionna à la longueur du vagin, et y fit ajouter un manche de 5 pouces (0<sup>m</sup>,14), sa longueur s'élevant à angle droit de son ouverture la plus évasée.



Fig. 1.

Telle est aujourd'hui la base de sa construction. Le spéculum plein n'est cependant pas toujours semblable à lui-même. Il varie de longueur, de diamètre, de forme même. Enfin, il varie sous le rapport de la substance avec laquelle il est fabriqué. On comprend, en effet, qu'on soit obligé de faire usage de spéculums pleins de diamètres différents. Cela est tellement simple qu'il est inutile d'y insister.

La nature de la substance avec laquelle on le fabrique varie.

La plupart sont en étain, quelques-uns en maillechort, un plus petit nombre en argent.

On en emploie maintenant en ivoire, en buis, en ébène et en porcelaine. Ces divers spéculums se rapprochent plus de la forme cylindrique que les spéculums pleins métalliques; ils sont dépourvus de manche. On les a surtout imaginés pour employer la cautérisation au fer rouge.

A notre avis, cette dernière crainte nous semble avoir bien peu de fondement; je ne pense pas que dans les cas où l'on emploie le fer rouge pour cautériser le col de l'utérus, l'application de ce dernier puisse échauffer assez les parois des spéculums métalliques et leur communiquer une température suffisante pour cautériser les parois du vagin avec lesquelles il est en rapport.

Cette crainte est tout à fait chimérique: je n'ai jamais employé pour mes cautérisations que des spéculums métalliques, et je n'en ai jamais vu les parois échauffées d'une manière bien notable; jamais surtout je n'ai observé de lésions des parois vaginales produites par cet échauffement.

Le spéculum plein ne mérite peut-être pas le discrédit à peu près complet dans lequel il est tombé: depuis surtout qu'on a pris l'habitude de l'introduire à l'aide d'un embout, il est d'une application beaucoup plus facile. C'est un instrument fixe, commode à maintenir, conservant toujours la même forme et le même diamètre, facile à manier une fois qu'il est introduit. Les deux seuls inconvénients qu'on puisse lui reprocher sont les suivants: d'abord il effraye souvent les femmes à cause de son volume; ensuite il dilate immédiatement et brusquement les parois du vagin, sans passer par la progression que l'on peut suivre avec les autres espèces de spéculums actuellement en usage. Faut-il ajouter encore qu'il est nécessaire d'en avoir toujours quelques-uns de diamètre différent pour les adapter aux vagins de divers diamètres. Je le répète, on ne doit pas proscrire le spéculum plein d'une manière absolue, et beaucoup de praticiens en font encore exclusivement usage.

*Spéculum bivalve.* — Cette forme de spéculum est une des

plus répandues actuellement et cependant une de celles qu'il est peut-être le plus incommode d'employer dans un grand nombre de cas.

Le premier spéculum de cette espèce est dû à M. Jobert.

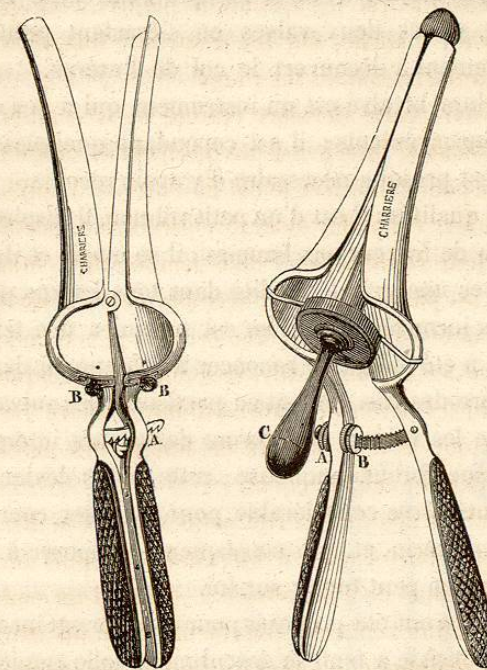


Fig. 2.

Fig. 3.

Nous avons donné l'historique rapide de sa découverte. Nous dirons seulement que celui qui est généralement employé est celui de M. Ricord (la figure 2 représente l'instrument ouvert; la figure 3 le montre fermé avec son embout), dont voici une description rapide:

Ce spéculum a deux extrémités: une extrémité utérine et une extrémité vulvaire.

L'extrémité vulvaire, susceptible d'être dilatée par l'éloignement des deux valves de cette partie, est munie de deux manches qui sont articulés sur chacune des deux portions du cylindre.