

Nous n'avons pas à revenir sur le but ni l'esprit de ce livre, qui ont été magistralement exposés, dans les lignes qui précèdent, par M. le D<sup>r</sup> Charpentier. Mais nous tenons à remercier ce maître éminent de son bienveillant *parrainage*, et des encouragements qu'il n'a cessé de nous donner au cours de ce travail.

Nous devons également un large tribut de reconnaissance à M. le Professeur Terrier, dont l'un de nous a été l'interne, et à M. Doléris, accoucheur des hôpitaux, qui nous a prodigué son fécond enseignement pendant les nombreuses années où nous avons été ses assistants.

M. le D<sup>r</sup> Barthélemy, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, nous a fourni, sur les affections dermatologiques de la vulve et du vagin, de précieux documents dont nous n'avons pu donner qu'un trop court résumé: qu'il veuille bien recevoir nos plus sincères remerciements.

Nous ne saurions non plus oublier tous les chirurgiens qui nous ont facilité la connaissance de leurs procédés. Nous avons fait de notre mieux pour attribuer à chacun d'eux ce qui lui était dû.

M. Cassas a largement concouru à l'intelligence du texte, par l'exactitude et le fini de ses dessins: le lecteur saura, comme nous, rendre justice à son talent.

Paul PETIT, Stéphane BONNET.

# TRAITÉ PRATIQUE DE GYNÉCOLOGIE

## PREMIÈRE PARTIE

### PATHOLOGIE ET INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

#### LIVRE I

##### EXPLORATION

###### I. — Interrogatoire.

A. ANTECÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — La notion des *antécédents héréditaires* n'offre, en général, qu'une importance secondaire, en gynécologie. Elle peut cependant présenter quelque intérêt en cas d'anomalies de conformation, de certaines tumeurs, de tuberculose, de névroses, etc.

B. ANTECÉDENTS PERSONNELS. — Relativement aux *antécédents personnels*, l'interrogatoire portera plus spécialement sur les points suivants :

*État génital avant la puberté.* — Traumatismes, leucorrhée, etc.

*Menstruation et écoulements pathologiques.* — Époque des premières règles; périodicité, régulière ou non; durée habituelle et abondance; phénomènes généraux et symptômes douloureux dont elles sont l'occasion; leucorrhée, *præ.*, *post.*, ou *inter-menstruelle*; aménorrhée, ménorrhagies, métrorrhagies et leurs caractères. Age auquel est survenue la ménopause; phénomènes locaux et généraux qui l'ont accompagnée; date et caractères des *dernières règles*. Écoulements muco-purulents, hydorrhéiques, etc.; époque et mode de leur production; caractères, abondance, durée.

*Époque des premiers rapports.* — Leucorrhée, douleurs, phénomènes inflammatoires qui ont pu se manifester alors; sensations

anormales, frigidité, difficulté ou douleur au coït; siège et caractères de cette douleur.

*Grossesses.* — Date, nombre, intervalle, histoire pathologique de chacune: accouchements à terme, naturels ou artificiels; traumatismes obstétricaux ou accidentels.

*Avortements.* — Nombre et date; cause réelle ou supposée; âge de la grossesse.

*Suites de couches* physiologiques ou compliquées: d'un simple mouvement fébrile (fièvre de lait), d'infection plus grave, de péritonite, d'hémorrhagies immédiates ou secondaires.

*Allaitement, ses accidents. Retour de couches.*

*Maladies générales aiguës.* — Fièvres infectieuses intercurrentes; maladies systématiques ou de voisinage; stigmates d'affections chroniques, telles que scrofule, chlorose, anémie, tuberculose, syphilis, névroses diverses, etc.

*Professions.* — Sédentaires, pénibles, intoxicantes, etc.

Ces renseignements généraux étant acquis, l'interrogatoire, visant particulièrement l'affection locale actuelle, portera sur l'époque et le mode de début, qui a été brusque ou insensible, et sur les symptômes subjectifs, savoir: douleur, écoulements, phénomènes réflexes et de voisinage.

*Douleur.* — *Siège:* hypogastrique, médiane, inguinale et d'un seul ou des deux côtés, abdominale, vulvo-vaginale; bien localisée, ou s'irradiant aux lombes, au sacrum, aux cuisses, aux jambes, aux flancs. *Caractères:* légère sensibilité, simple pesanteur compatible avec les occupations habituelles, ou, au contraire, aiguë, intense, spontanée ou provoquée et augmentée par les règles, par la marche, la pression, la fatigue, la position assise ou couchée, par le coït, la miction, la défécation. Elle est continue ou intermittente, avec ou sans paroxysmes, et de durée variable.

*Troubles de voisinage et phénomènes réflexes.* — *Les troubles de voisinage* portent sur la vessie: dysurie, pollakiurie, incontinence, rétention; sur l'intestin: constipation, obstruction, incontinence, dyschésie; sur les uretères: phénomènes de compression, oligurie, anurie, hydronéphrose; sur les reins: néphrites diverses; sur les vaisseaux: œdème; sur les nerfs pelviens: irradiations diverses. *Les phénomènes réflexes* consistent en: troubles digestifs (dyspepsie, vomissements, constipation); circulatoires (palpitations, souffles anémiques, arythmie, etc.); respiratoires (oppression); nerveux (névralgies, migraines, parésies, hystéro-névroses (Engelmann)); sensoriels, troubles de l'accommodation, et même psychiques (mélancolie, irritabilité, manie, etc.). Ces troubles, suivant leur intensité,

peuvent être méconnus ou négligés par la malade ou, au contraire, concentrer toute son attention. Mais avant de les rattacher à une affection gynécologique, on devra établir qu'ils ne sont pas sous la dépendance de lésions propres aux organes auxquels ils correspondent, et qu'ils se sont montrés et développés parallèlement aux lésions génitales que révélera l'examen.

## II. — Examen local.

*A. POSITION DE LA MALADE.* — L'examen se pratique: la femme étant debout; couchée sur le côté; reposant sur les genoux et le tronc; allongée sur le dos; ou enfin dans la position de la taille.

*a. Position verticale.* — La malade est debout, les vêtements

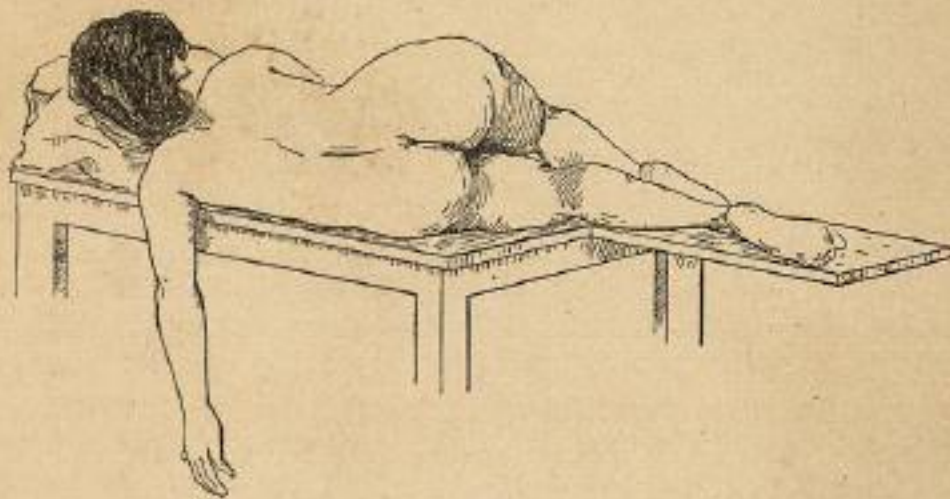


Fig. 1. — Décubitus latéral ou position de Sims (S. Bonnet et Paul Petit).

lâches, les cuisses légèrement écartées, et se tient sur l'escalier de la table gynécologique ou sur le même plan que l'explorateur. Dans ce cas, celui-ci met le genou droit à terre et pratique le toucher avec la main gauche, ou inversement, le coude appuyé sur sa cuisse restée horizontale. De l'autre main libre, il fixera la région lombaire ou pourra palper l'abdomen, s'il fait appuyer la malade contre un plan vertical résistant.

Cette position est d'un usage limité et ne donne que des renseignements insuffisants dans la plupart des cas. Elle est utile cependant pour apprécier le degré et les limites du prolapsus, au repos et pendant l'effort, et donne des notions sur la direction de l'utérus, sur le degré de résistance de la paroi abdominale, sur certaines hernies, etc.

b. *Décubitus latéral ou position de Sims* (fig. 1). — Cette attitude, très employée en Amérique et en Angleterre, nous est moins familière en France. La malade est placée sur le bord d'un lit, d'une table ordinaire ou à rallonge latérale, comme celle de Chadwick : elle repose sur le côté (gauche de préférence), le bras correspondant en abduction, la cuisse et la jambes inférieures en extension, la cuisse et la jambe supérieures fléchies. Dans la variété *latéro-abdominale* de cette position, les membres inférieurs ont la même disposition; mais le haut du corps repose, par un mouvement de torsion, sur son plan antérieur; les bras sont relevés au-dessus de la tête.

Debout derrière la malade, on peut pratiquer le toucher vaginal,



Fig. 1. — Position genu-pectorale (S. Bonnet et Paul Petit).

puis l'examen visuel, au moyen d'une valve de Sims déprimant le périnée et d'un écarteur soulevant la vessie. Dans cette position, la face palmaire du doigt répond naturellement à la paroi postérieure du vagin et peut explorer très loin le cul-de-sac correspondant, mais sa courbe est opposée à celle du conduit; de plus, il est difficile de combiner le palper au toucher.

Très utile pour certaines opérations vaginales et pour l'exploration, dans quelques cas particuliers (fistules, par exemple), le décubitus latéral n'est donc pas susceptible de généralisation.

c. *Position genu-pectorale ou genu-cubitale*. — La malade repose, d'une part, sur les genoux; d'autre part, sur le haut de la poitrine (fig. 2) ou sur les coudes; les cuisses sont perpendiculaires au bord de la table, le tronc cambré. L'opérateur se tient derrière, entre les jambes écartées.

Cette attitude neutralise la pression abdominale et favorise l'accès de l'air dans le vagin. Très favorable pour le diagnostic de certaines déviations, de l'allongement hypertrophique du col, du prolapsus; pour la réduction du prolapsus, de fibromes enclavés, de l'utérus rétrodévié, surtout au cours de la grossesse; pour certains pansements intra-utérins, etc., elle est, d'autre part, fatigante, et répugne aux malades; elle est peu favorable au toucher profond et à l'administration du chloroforme; elle ne convient, comme la position de Sims, que dans des cas déterminés.

d. *Position dorsale simple*. — C'est celle de la femme qui doit être examinée sur son lit. La malade est étendue sur le dos, respirant librement, la tête horizontale ou peu élevée, les cuisses en abduc-



Fig. 2. — Position dorso-sacrée (Paul Petit et S. Bonnet).

tion et légèrement fléchies, les bras étendus le long du corps, ou les mains disposées sous le siège pour relever le bassin. Pour l'exploration plus particulière du côté droit du bassin, la malade sera couchée sur le bord droit du lit et le toucher, pratiqué de la main droite; inversement, pour l'examen du côté gauche. Cette position convient seulement pour le toucher et le palper, isolés ou combinés, pour la percussion, la mensuration, l'auscultation, et suffit aux cas simples. S'il est nécessaire d'user du spéculum ou de l'hystéromètre, on aura recours à la position suivante :

e. *Position dorso-sacrée* (fig. 3). — C'est la plus généralement employée et celle qui convient à la majorité des examens. Pour la réaliser, on a imaginé une foule de fauteuils (fig. 4 et 5), de plates-formes, de tables. Nous signalerons seulement la plate-forme

munie de pédales, en usage dans nos hôpitaux; les fauteuils à speculum, modèle Dupont (fig. 5) ou Eliaers et les tables portatives, pouvant servir également aux opérations et aux explorations gynécologiques.

Parmi celles-ci, la table pliante de Doléris (voir fig. 6 et 7), modifiée par nous, nous semble recommandable, en raison de sa légèreté, de ses faibles dimensions et de sa solidité. Des douilles

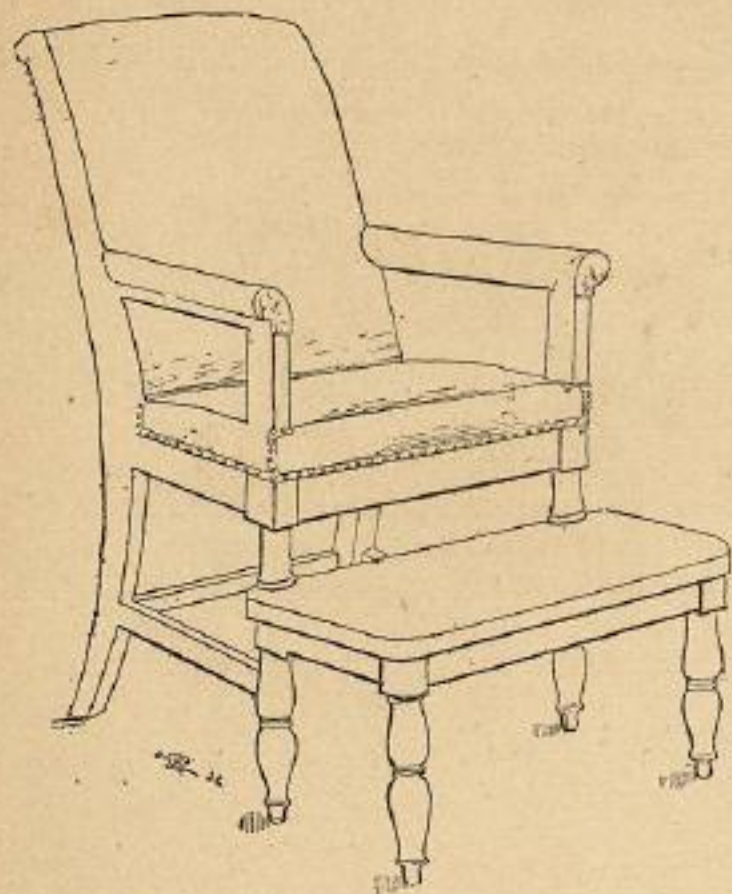


Fig. 4. — Ancien modèle de fauteuil gynécologique (Barthélemy) (1).

métalliques permettent d'y annexer, suivant les besoins: des étriers, pour les simples examens ou les pansements gynécologiques; des porte-jambes, analogues à ceux de Fritsch, pour les opérations de petite gynécologie, et des gouttières, pour les opérations abdominales.

Une table quelconque, rectangulaire et étroite, garnie d'un coussin dur, d'un petit matelas ou d'une couverture plusieurs fois

(1) Ce fauteuil servait à l'examen des vénériennes à Saint-Lazare. La malade y était inspectée assise, les jambes écartées.

repliée, le lit même de la malade, pourvu qu'il soit d'une hauteur et d'une résistance suffisantes, peuvent au besoin se prêter à la position dorso-sacrée.

Quel que soit l'appareil adopté, la malade y est couchée de telle sorte que son siège en dépasse un peu le bord; le tronc est horizontal, la tête et les épaules sont légèrement soulevées par un oreiller ou par le mécanisme de la table d'examen. Les pieds sont soutenus par les étriers dont on règle la longueur, de telle



Fig. 5. — Fauteuil moderne de Dupont.

sorte, que les jambes soient fléchies à angle aigu sur les cuisses, et, celles-ci, à angle obtus sur l'abdomen, tout en étant écartées autant que possible. Si la malade est en travers du lit, les jambes sont maintenues relevées et fléchies par deux aides ou, à leur défaut, les pieds reposent à plat sur deux chaises écartées, exhaussées, au besoin, au moyen d'un tabouret. Dans tous les cas, la malade doit se sentir suffisamment à l'aise et soutenue pour n'être tentée de se livrer à aucun effort ou mouvement intempestif.

Dans cette attitude, les parois sont relâchées, et la pression abdominale, réduite au minimum; les cuisses ne sont pas assez fléchies pour empêcher le palper des régions inguinales, et leur

écartement permet le libre accès du vagin aux instruments et à l'une ou l'autre main. C'est la position de *choix* pour pratiquer les divers touchers, le palper, l'examen au spéculum, le cathétérisme vésical et utérin, les pansements vaginaux ou utérins.

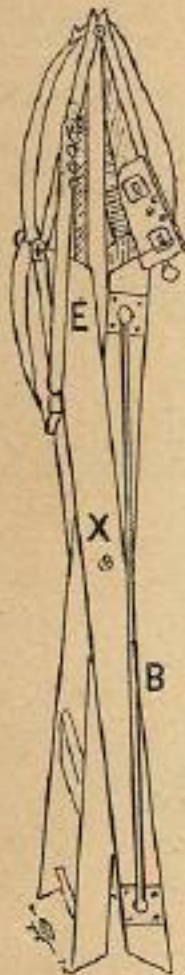
Mais, pour les opérations vaginales ou certains examens, on peut être gêné par les pédales ou par les pieds : on fait prendre alors la *position de la taille*, c'est-à-dire qu'on accentue au maximum la flexion des cuisses et des jambes. Deux aides sont placés latéralement à la malade et lui tournent le dos en maintenant sous leur aisselle le genou correspondant. Ils ont ainsi les deux mains libres pour prendre part à l'intervention.

A défaut de ces aides ou, du moins, pour leur laisser une plus grande liberté de mouvements, on a imaginé divers appareils destinés à maintenir les jambes dans la position voulue. Tels sont les porte-jambes de Fritsch, les béquilles de Clover, de von Ott, de Boureau, etc.

On peut improviser partout l'appareil suivant : Deux serviettes pliées en cravate sont nouées au-dessus du genou : une bande à pansement, un lien quelconque, est fixé à l'une d'elles, passé sous l'aisselle correspondante, puis sur l'épaule du côté opposé et vient se nouer sur l'autre serviette. On règle la tension au degré voulu. Nous nous servons d'une large sangle composée de trois pièces destinées à remplacer les serviettes et la bande intermédiaire et analogue à l'appareil de Clover, moins la béquille (fig. 3). Celle-ci consiste en une tige rigide, fixée aux deux genouillères et composée de deux parties qui s'engainent de manière à donner un écart plus ou moins grand. Ce perfectionnement, utile sans doute, complique l'appareil et n'est pas indispensable, à condition que la sangle soit bien tendue.

Fig. 6. — Table de Doléris modifiée par Paul Petit et S. Bonnet. La table est pliée.

*Position de Trendelenburg.* — Enfin, il est parfois nécessaire de donner à la malade une position déclive qui refoule en haut le paquet intestinal et rende plus facile la palpation des organes pelviens. C'est la position *dorso-sacrée déclive de Trendelenburg* (fig. 8), qu'on réalise au moyen d'un mécanisme spécial (table de Marraud, de Péraire, etc.), ou en faisant soulever la malade par



deux aides qui maintiennent ses jambes fléchies sur leurs épaules.

**B. INSPECTION.** — La vue renseigne sur les lésions cutanées, traumatiques, néoplasiques et même inflammatoires des organes génitaux externes; sur leurs malformations, congénitales ou acquises, sur l'habitus extérieur de la malade (chlorotique, cachectique, etc.); sur l'état des seins; sur certains caractères extérieurs des tumeurs;

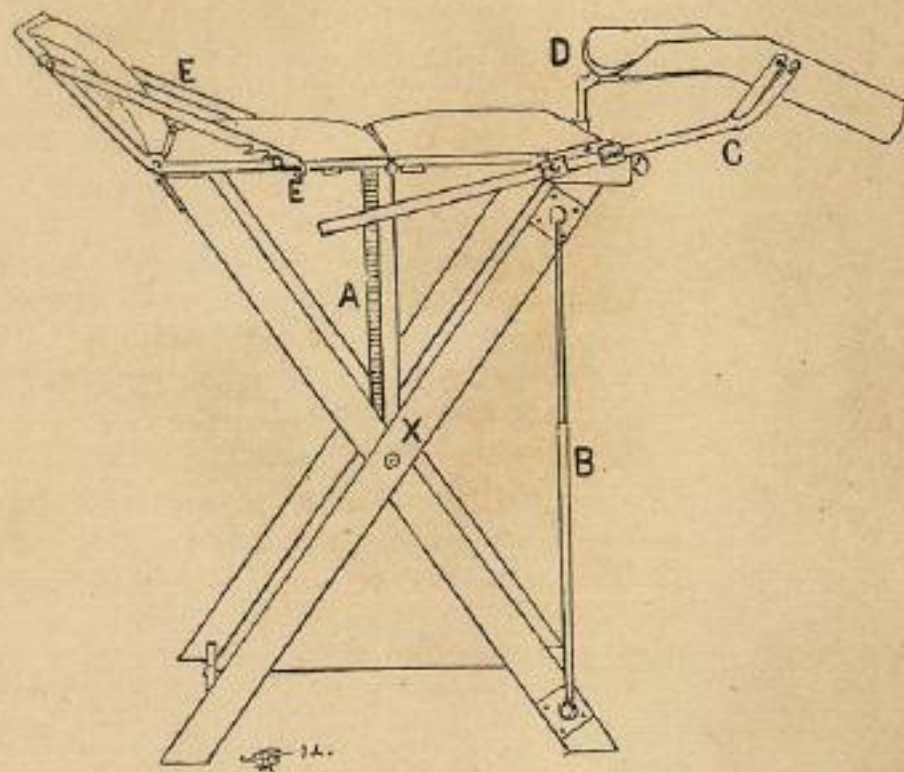


Fig. 7. — Table de Doléris modifiée par Paul Petit et S. Bonnet. La table est dépliée. — A, jambe de force; B, tige à pompe servant également à renforcer le support en X; C, étrier; D, gouttière; E, tige à crémaillère servant à fixer le dossier à l'inclinaison voulue.

sur l'état des parois abdominales (vergetures, stigmates de vésicatoires, de pointes de feu, cicatrices, etc.).

**C. MENSURATION.** — Ce mode d'investigation trouve son emploi dans les tumeurs abdominales. Les mensurations les plus usitées sont celles des lignes xypho et omphalo-pubiennes, omphalo-iliaque antérieure et postérieure, celle de la circonférence du corps au niveau de l'ombilic et de la partie la plus saillante de la tumeur.

**D. PALPER ABDOMINAL.** — La malade est dans le décubitus dorsal ou dans la position dorso-sacrée, les genoux légèrement fléchis et écar-

tés, la tête faiblement relevée, et reposant, *sans contrainte*, sur un oreiller, les bras allongés naturellement le long du corps; elle respire régulièrement et profondément, la bouche ouverte, et doit avoir la vessie et le rectum vides. On se place sur le côté, ou entre les cuisses de la malade, si elle est sur un siège d'examen. Les mains trop froides provoquent des contractions réflexes qui gênent l'examen: il est donc bon de les chauffer à la température du corps. La palpation se fait, non avec la face palmaire de la main, mais avec la pulpe des doigts rapprochés et légèrement fléchis: on déprime doucement la paroi abdominale par une pression lente et progressive, exercée surtout pendant les inspirations profondes de la

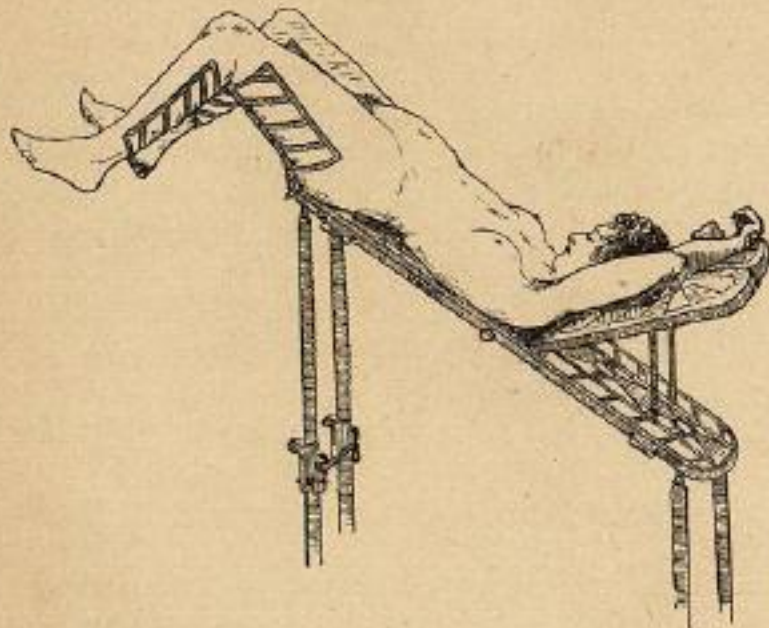


Fig. 8. — Position de Trendelenburg sur la table de Marisud (S. Bonnet et Paul Petit).

malade, à laquelle on parle, pour détourner son attention; les deux mains sont employées simultanément et disposées de manière à se renvoyer de l'une à l'autre les sensations perçues et à déterminer ainsi les limites, le volume, la consistance, la forme, le nombre des tumeurs. On explore successivement et méthodiquement chacune des régions abdominales.

Le *palper simple* n'est utile qu'en cas de tumeurs ou tuméfactions dépassant les limites supérieures du bassin. A moins de circonstances exceptionnellement favorables, il ne renseigne qu'insuffisamment sur l'état des organes pelviens.

Les conditions de l'examen et la précision de ses résultats varient du reste avec chaque malade. Il est *facile* et donne des résultats

*précis*, lorsque les parois abdominales sont peu épaisses, relâchées par l'âge, ou par des grossesses répétées; que la douleur est nulle ou légère, la malade confiante, calme, et lorsqu'il s'agit d'une tumeur volumineuse et bien limitée. Mais il ne peut en être de même chez une nullipare jeune, nerveuse, timorée, à parois résistantes ou distendues par le météorisme, surtout en cas de tumeur peu volumineuse, profonde, mal limitée et douloureuse. Les difficultés sont grandes aussi lorsqu'il s'agit de femmes chargées d'embonpoint: chez elles cependant, on trouve souvent, au-dessus du pénil, un sillon transversal profond qui indique la voie à suivre pour le palper. La chloroformisation, jusqu'à résolution complète, est souvent nécessaire en pareille occurrence. Enfin, dans tout examen par le palper, on devra se tenir en garde contre certaines causes d'erreur: la réplétion de la vessie, la contraction ou la contracture des muscles droits, totale ou partielle, l'accumulation de matières ou de gaz dans un segment de l'intestin, l'adiposité de la paroi ou de l'épiploon, une tumeur pariétale, l'ascite, un rein flottant, etc., ont pu faire croire à des tumeurs d'origine génitale, et l'erreur a été poussée quelquefois jusqu'à la laparotomie.

E. AUSCULTATION. — Rarement indiquée dans un examen gynécologique, elle doit toujours être utilisée cependant s'il y a soupçon de grossesse. Elle peut révéler, en outre, la présence de gros vaisseaux à la surface des tumeurs, les bruits de frottement déterminés par des aspérités ou des adhérences, le clapotement d'un liquide, les pulsations de l'aorte ou d'un anévrysme abdominal, etc.

F. PERCUSSION. — Complément nécessaire du *palper*, la *percussion* permet de délimiter une tumeur et d'établir ses rapports avec l'intestin. La sonorité, se déplaçant dans les diverses positions de la malade, indique la présence d'un liquide non enkysté. La percussion est encore utile dans le prolapsus avec entéroccèle, dans les hernies des grandes lèvres, etc.

G. TOUCHER. — L'exploration digitale se fait par le vagin, par le rectum, par la vessie ou par la cavité utérine.

a. *Toucher vaginal*. — C'est le moyen d'exploration le plus anciennement employé et l'un des plus généralement utiles. Il peut être pratiqué suivant les circonstances, dans l'une ou l'autre des positions déjà indiquées: mais le décubitus dorsal ou dorso-sacré convient le mieux à la majorité des cas. On fait ordinairement le toucher vaginal avec l'index seul; nous préférons et recommandons l'usage de l'index et du médium réunis. Les mains sont aseptisées avec soin, surtout après un examen ou un contact suspects; les ongles doivent être ronds et coupés court; la vessie et le rectum, vides.

Après s'être rendu compte de l'aspect de l'écoulement, s'il y en a, on donne soi-même une injection antiseptique. Pour l'exploration du vagin et du col, le choix de la main est indifférent et dépend de l'habitude de chacun. On se place entre les jambes de la malade ou à son côté, suivant qu'elle est dans le décubitus dorso-sacré ou allongée sur un lit.

L'index et le médius étant soigneusement enduits d'un corps gras, non liquide de préférence (vaseline ou axonge au sublimé 1/1000, au salol, à l'acide borique 1/10, à l'acide phénique 1/50, etc.), on se rend compte d'abord de l'état des organes externes : fourchette, périnée, urèthre, caroncules, glandes vulvo-vaginales, etc. Les deux doigts réunis sont ensuite conduits d'arrière en avant jusqu'à la fourchette, la dépriment et franchissent l'orifice vaginal. L'index est en avant; le médius appuie sur le périnée qu'il déprime; le pouce est en abduction le long du pli cruro-labial; les deux derniers doigts sont fortement fléchis et appuyés contre l'anus. On progresse ainsi, sans violence, par de petits mouvements de reptation, jusqu'au fond du vagin, notant, en passant, le degré de sensibilité de la muqueuse, ses aspérités, les brides cicatricielles, les dimensions apparentes du conduit, le prolapsus de ses parois et les tumeurs qui peuvent y faire saillie.

Arrivés au fond du vagin, les deux doigts, plus à l'aise, alors, pour se mobiliser, s'écartent, circonscrivent le col et, par leurs sensations combinées, permettent d'apprécier sa forme, son volume, sa direction, sa consistance; le degré d'ouverture de l'orifice externe; la présence ou l'absence de déchirures, leur siège, leur nombre, leur étendue, leur direction; l'éversion, les végétations, les kystes folliculaires du *museau de tanche*; l'abaissement de l'utérus, son degré de mobilité, etc. Passant ensuite dans les *culs-de-sac antérieur* et *postérieur*: ils apprécient leur profondeur relative ou leur effacement, la saillie qu'y font une tumeur ou des exsudats paramétritiques. Pour les *culs-de-sac latéraux*, le choix de la main n'est pas indifférent; il est préférable d'employer la main droite pour le côté droit et la main gauche pour le côté gauche; on pénètre ainsi beaucoup plus haut et l'on a l'avantage de toujours toucher avec la pulpe des doigts.

Toutes ces manœuvres doivent être exécutées progressivement, sans à-coup et sans pression violente.

Il est bon, l'examen terminé, de donner une nouvelle injection et de laisser, jusqu'au lendemain, un tampon antiseptique dans le vagin.

Le toucher avec deux doigts n'est ni plus pénible pour la malade,

ni plus difficile, lorsqu'on en a une certaine habitude, très vite acquise du reste. L'hypéresthésie de la muqueuse, les tumeurs de la vulve, l'hypertrophie des petites lèvres, l'étroitesse congénitale ou acquise, la contracture de la vulve, etc., peuvent constituer autant d'obstacles au toucher. On arrivera généralement à les éluder en ne se servant que de l'index, en écartant de l'autre main les grandes et les petites lèvres, en déprimant longuement le périnée, jusqu'à vaincre toute sa résistance, en élevant le siège sur un coussin ou sur les poings de la malade, en appliquant préalablement un suppositoire opiacé, belladonné, ou mieux une solution de cocaïne. Au besoin, on aura recours à l'anesthésie chloroformique.

Chez les vierges, avec ou sans cocaïne ou chloroforme, on peut le plus souvent introduire l'index jusqu'au contact du col sans produire de déchirures, à condition d'y mettre beaucoup de douceur et de prudence.

Dans le *decubitus latéral* ou *latéro-abdominal*, le toucher se pratique avec la main droite, si la femme est couchée sur le côté gauche, et inversement.

b. *Toucher rectal*. — Conseillé pour la première fois par Holst, il est pratiqué avec l'index seul, exceptionnellement avec deux doigts. Le rectum est préalablement vidé et lavé, le doigt explorateur, nettoyé et graissé. Mundé recommande de combler avec du savon le sillon sous-unguéal. On franchit doucement le sphincter externe en reconnaissant, s'il y a lieu, les hémorroïdes, les polypes, les végétations, les rétrécissements, et on arrive bientôt à sentir, à travers la cloison recto-vaginale, la saillie que forme le col et qui peut être prise, par des débutants, pour une tumeur. Le col ainsi perçu semble plus volumineux que par le toucher direct. Pénétrant plus profondément, on explore, sur la ligne médiane, la face postérieure de l'utérus jusqu'à une hauteur variable suivant les cas, mais on ne parvient généralement pas à en atteindre le fond. Latéralement, on peut apprécier aussi le prolapsus et les lésions des annexes, ainsi que les tuméfactions du tissu cellulaire ou du cul-de-sac rétro-utérin.

Le toucher rectal est associé au toucher vaginal pour explorer la cloison, pour mesurer l'épaisseur du périnée, pour reconnaître la rectocèle et même des lésions de siège plus élevé. On se sert de l'index de chaque main, ou mieux de l'index et du pouce de la même main, de manière à laisser l'autre libre pour le palper.

Ce mode d'exploration est destiné à compléter ou à remplacer le toucher vaginal, lorsque celui-ci est impossible, comme chez les

vierges à hymen étroit et résistant, ou en cas d'obstacle mécanique, d'atrésie, de spasme, etc.

Nous ne ferons que signaler, pour le proscrire comme dangereux et brutal, le procédé d'exploration manuelle de la cavité pelvienne de Simon (d'Heidelberg), qui consiste à introduire la main entière, et même l'avant-bras, dans l'intestin.

Le toucher rectal peut être rendu impossible par certaines lésions de l'anus : fissures, ulcérations, hémorroïdes, etc., et requérir l'emploi du chloroforme.

c. *Toucher vésical.* — Proposé en 1873 par Noeggerath, il n'est qu'exceptionnellement indiqué. Son application nécessite l'anesthésie et la dilatation préalable de l'urèthre : celle-ci s'obtient au moyen du doigt progressivement introduit, de dilateurs mécaniques, celui de Guyon-Duplay, par exemple, ou de bougies graduées. Les incisions compliquent la manœuvre et ne sont pas indispensables. Il ne faut pousser la dilatation que jusqu'aux limites strictement suffisantes pour le passage du doigt, afin de réduire les chances de déchirure du col et d'incontinence consécutive. Dans la plupart des cas, d'ailleurs, le doigt peut être remplacé, sans dilatation préalable, par une sonde vésicale. Le toucher vésical est utile pour le diagnostic des petites tumeurs præ-utérines, de certaines malformations (absence de l'utérus, par exemple); pour le diagnostic et la réduction de l'inversion utérine et en cas d'impossibilité du toucher vaginal. On le combine ordinairement au toucher vaginal ou rectal.

H. *EXPLORATION BIMANUELLE.* — En faveur, dès le commencement du dix-septième siècle, auprès des accoucheurs et des chirurgiens français, elle a été vulgarisée à l'étranger, à une date beaucoup plus récente, par Schultze (1864) et constitue, pour tous les gynécologues, le moyen d'investigation le plus précieux.

Elle consiste dans la combinaison du palper avec les divers touchers, particulièrement le toucher vaginal : les principes à lui appliquer sont les mêmes que pour chacun de ces procédés pris en particulier. La malade est dans le décubitus dorsal, ou mieux, dans la position sacro-dorsale, sur un siège d'examen, les cuisses modérément fléchies, la vessie et le rectum vides. Les conditions favorables ou contraires sont ici les mêmes que pour le simple palper; mais les difficultés sont beaucoup plus faciles à éluder et les renseignements obtenus, incomparablement plus précis.

L'index et le médium, ceux de la main gauche, par exemple étant introduits jusqu'au fond du vagin, à la rencontre du col, la main droite, appliquée sur la paroi abdominale, exerce déjà sur elle une

légère pression afin de diminuer d'autant sa résistance réflexe; puis, les deux doigts vaginaux fixant et élevant le col sans le dévier, on enfonce au-dessus du pubis, non le rebord cubital de la main abdominale, mais la pulpe des doigts réunis et modérément fléchis. Par des pressions, doucement progressives, on refoule peu à peu les téguments, en gagnant du terrain à chacune des expirations qu'on recommande à la malade de faire larges et régulières; on arrive ainsi, dans les cas favorables, jusque sur la face postérieure



Fig. 9. — Palper combiné du flanc gauche (S. Bonnet et Paul Petit).

de l'utérus, et l'organe étant alors saisi entre les deux mains, on peut facilement apprécier toutes ses modifications. Il faut faire en sorte, pendant ces manœuvres, de ne pas le déplacer, ce qui pourrait faire admettre une déviation qui n'existe pas, et savoir qu'au travers de la paroi, il semble plus volumineux qu'il n'est en réalité.

Lorsqu'on est suffisamment renseigné sur l'état de l'utérus lui-même, on glisse les doigts vaginaux le long du col, en déprimant, autant que possible, la voûte du cul-de-sac gauche. Cependant la main droite se porte au-dessus du pli inguinal correspondant,



déprime doucement la paroi et refoule en bas les annexes (fig. 9). Avec un peu d'habitude, et pourvu que l'épaisseur des tissus ne soit pas excessive, on arrive ainsi, dans les cas favorables, à sentir, entre les deux mains, la base du ligament large, l'ovaire, la trompe, même normale, la corne utérine et le ligament rond. On peut reconnaître, *a fortiori*, les petits noyaux ou les trainées de paramérite, l'infiltration du ligament large secondaire à un néoplasme utérin, les tumeurs du ligament large, les déplacements, les tumeurs, inflammatoires ou autres, de la trompe et de l'ovaire, etc.

L'exploration de la moitié droite du bassin peut être faite, à la rigueur, sans qu'on change de main; mais il est préférable d'employer la main droite, pour le toucher, et la main gauche, pour le palper, en procédant du reste avec la même méthode.

Combiné au *toucher rectal* le palper, qui refoule les organes vers le doigt rectal, donne des renseignements précis sur la paroi postérieure de l'utérus et le cul-de-sac de Douglas.

On a conseillé un artifice grâce auquel les organes sont refoulés en haut et en avant et rendus, par là, plus accessibles au palper et au toucher vaginal combinés. Il consiste, la vessie étant vidée, à introduire dans le rectum un ballon de caoutchouc, qu'on gonfle au moyen de 200 ou 300 grammes d'eau (Ulmann, de Vienne).

Nous verrons que le palper peut être combiné avec d'autres moyens d'investigation : abaissement du col, cathétérisme, toucher intra-utérin.

I. EXAMEN AU SPÉCULUM. — L'emploi des spéculums permet l'exploration visuelle du vagin et de la partie vaginale du col; mais ces instruments sont encore plus utilisés pour le traitement que pour le diagnostic.

Nous les réduirons à trois types principaux : *spéculums tubulaires* — à deux ou plusieurs valves dépendantes — *univalves*.

a. *Spéculums tubulaires*. — Ils sont cylindriques ou en entonnoir, différemment calibrés et formés de diverses substances : bois, ivoire, cellulose, porcelaine; verre transparent ou étamé, doublé ou non de gutta-percha, etc. Ils servent bien plus pour les pansements du col que pour l'exploration; aussi en a-t-on fait en matières inattaquables aux topiques. En bois ou en ivoire, ils protègent les parois du vagin contre la chaleur rayonnante du fer rouge porté sur le col.

Les plus généralement employés sont : en Allemagne, celui de Mayer, en verre mat ou en porcelaine; ailleurs, celui de Fergusson, en glace étamée, doublée d'une couche extérieure de gutta-percha.

L'un et l'autre sont des tubes cylindriques, évasés à l'extrémité vulvaire et coupés droit (Mayer), ou en bec de flûte (Fergusson) (fig. 10) à l'extrémité opposée. Cette dernière disposition est préférable, en raison de l'inégalité de profondeur des culs-de-sac antérieur et postérieur.



Fig. 10. — Spéculum de Fergusson.

Avant d'introduire le spéculum de Fergusson, on s'assure qu'il est d'un calibre approprié; il est bon de le chauffer légèrement et de l'enduire d'un corps gras antiseptique. On le saisit alors entre le pouce et les deux derniers doigts de la main droite, l'index et le médium allongés au-dessus, de manière à pouvoir presser, de haut en bas, sur la fourchette. Avec le pouce et l'index de la main gauche, on écarte les lèvres et on introduit obliquement l'extrémité en bec de flûte dans l'orifice vulvaire. Puis on la conduit doucement, le long de la paroi postérieure du vagin, en pressant fortement sur celle-ci, et en imprimant, au besoin, quelques mouvements de rotation à l'instrument, jusqu'à ce que le col, dont on a apprécié la situation par le toucher, vienne s'emboîter dans sa lumière. Le bord le plus saillant doit correspondre au cul-de-sac postérieur. Le segment cervical du col est alors parfaitement isolé, éclairé et accessible à l'œil et aux topiques. Mais si les parois du vagin sont bien préservées du contact des caustiques, elles échappent aussi à l'examen. Le cathétérisme de la cavité utérine ne peut, non plus, être fait, dans tous les cas, au travers de ce tube cylindrique, du moins avec un hystéromètre rigide.

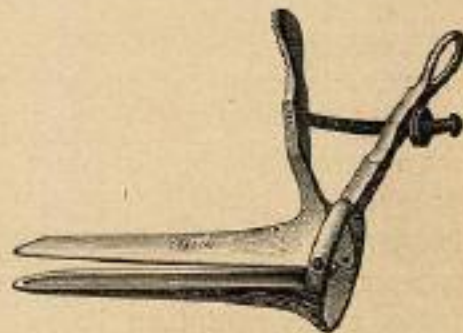


Fig. 11 et 12. — Spéculum de Cusco, fermé et ouvert.

b. *Spéculums plurivalves*. — Les instruments à valves dépendantes sont tous métalliques; à l'encontre des précédents, ce sont plutôt des instruments d'examen que de pansement.

Le plus généralement répandu, le plus simple et le plus pratique, est celui de Cusco (fig. 11 et 12), à deux valves, l'une supérieure et

l'autre inférieure, en forme de bec de canard : c'est le spéculum de cabinet par excellence. Les leviers, dont le rapprochement produit l'écartement des valves, sont fixes ou pliants; cette dernière disposition rend l'instrument plus portatif, mais plus difficile à aseptiser et à manœuvrer. Les valves, solidement nickelées, ne doivent pas être trop longues. Elles peuvent être stérilisées facilement par ébullition ou immersion dans un bain antiseptique. On en construit de démontables pour faciliter le nettoyage.

Chaque opérateur saisit ce spéculum à sa manière : comme celui

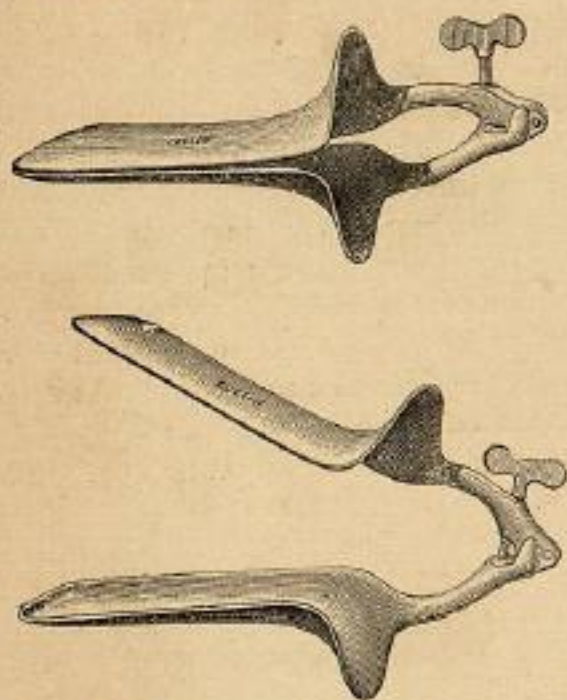


Fig. 13 et 14. — Spéculum de Collin à deux mouvements combinés.

de la vue, de manière que la valve antérieure, doublant la saillie du col, vienne se placer au-dessus de lui, la branche postérieure n'abandonnant pas le cul-de-sac postérieur. On termine en fixant, au moyen de la vis, les deux branches, au degré d'écartement nécessaire.

Les parois latérales du vagin apparaissent entre les deux valves écartées et on peut faire l'exploration de toute la muqueuse du conduit, soit en mobilisant l'instrument latéralement, soit en le retirant sans le refermer complètement.

Le *spéculum cylindro-conique de Ricord*, à écartement latéral des valves, est utile en cas d'étroitesse ou d'hyperesthésie de la vulve : on peut au besoin lui ajouter un embout mousse et arrondi qui en

sa manière : comme celui de Fergusson, à pleine main, ou bien par les leviers tenus écartés et dirigés, soit en bas, vers l'anus, soit en haut, vers le pubis. On présente le bec terminal obliquement par rapport à la vulve, dont le grand axe est perpendiculaire à celui du vagin, et qui se laisse franchir facilement, pour peu qu'on presse latéralement et en bas. Une fois l'orifice dépassé, on pousse à fond et horizontalement, en suivant la paroi postérieure jusqu'en arrière du col. On agit alors sur les leviers, en tâtonnant et en s'aidant

facilite l'introduction. Collin (fig. 13, 14, 15, 16), Gemring et d'autres ont imaginé des instruments dont les deux valves peuvent s'écarter, non seulement au fond du vagin, mais aussi à leur extrémité vulvaire. Ingénieux, sans doute, et commodes pour certains traitements, à défaut d'aides, ils sont avantageusement remplacés, dans la pratique courante, par les valves indépendantes.

Les spéculums à valves multiples, d'un maniement compliqué et d'une utilité contestable, ne sont plus guère en usage aujourd'hui, et nous ne nous arrêterons pas à les décrire.

c. *Spéculums univalves*. — Ils ont pour type le *spéculum de Sims* (fig. 17), formé de deux valves en gouttière, de dimensions différentes, réunies par un manche commun et incurvé. Bien en main et d'un emploi commode dans la position latérale, il n'est guère pratique dans la position sacro-dorsale. C'est pour cela qu'on l'a rapidement modifié et qu'on lui préfère généralement des valves semblables, montées sur manche, ou les *valves de Simon* (fig. 18 et 19). Le dépresseur périnéal, dans le modèle de Simon, est représenté par un jeu de valves de rayon différent, un peu plus cambrées que celles de Sims, et susceptibles, comme elles, d'être montées sur un même manche. Celui-ci, en bois, ou mieux en métal, se termine par un crochet destiné à donner point

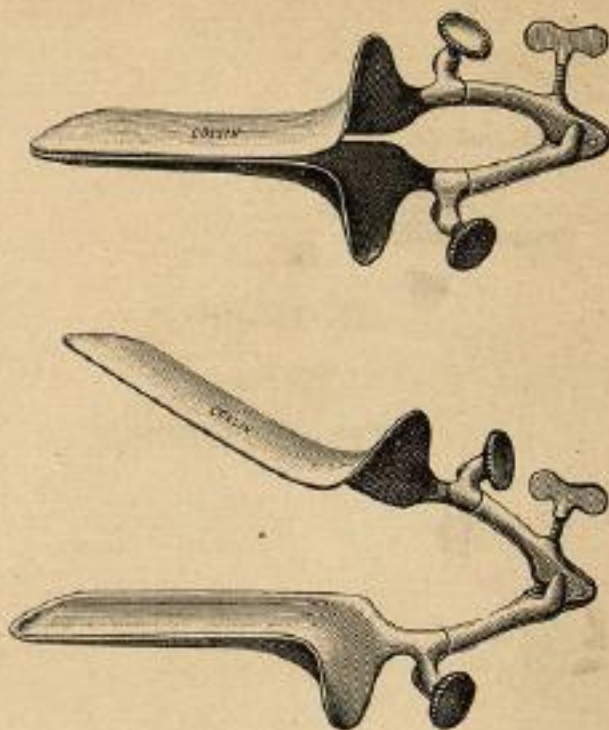


Fig. 15 et 16. — Spéculum à trois mouvements de Collin.



Fig. 17. — Valve de Sims.

d'appui au bord cubital de la main et à l'empêcher de glisser. Il existe de nombreuses variétés de cet instrument basées sur des modifications de longueur, de profondeur, de cambrure, et même de matière des valves. Ainsi en a-t-on fait en métal nickelé, pour l'examen, en gutta-percha ou en celluloïde, pour l'application de caustiques. Le manche est ordinairement plein; il en est de creux, pour l'écoulement des injections: ce dernier perfectionnement ne nous semble pas très utile. Enfin on a fait des valves fenêtrées pour faciliter la vue de la muqueuse vaginale.

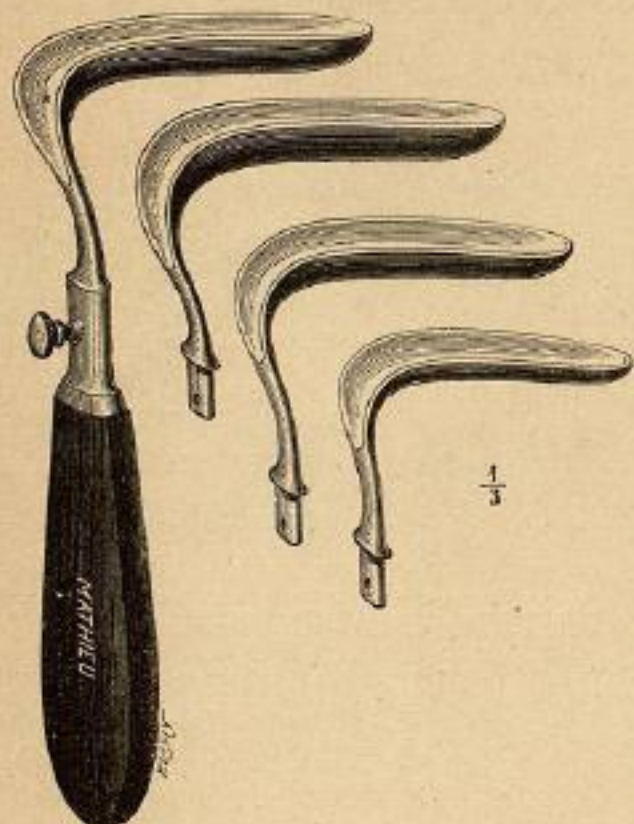


Fig. 18. — Valve de Simon montée.

On introduit ce spéculum comme les autres, en déprimant fortement la fourchette et le périnée, jusqu'au fond du cul-de-sac postérieur, de manière à asseoir le col dans sa concavité terminale. La valve, destinée à relever la paroi antérieure du vagin, est plus courte et plate; ses bords seuls sont légèrement renversés en dehors; son extrémité est mousse et arrondie. Le manche qui la porte, également fixe ou mobile, fait avec elle un angle droit (fig. 20).

Pour introduire cet instrument, on dirige le manche en haut, et l'on glisse doucement la valve jusqu'au cul-de-sac antérieur, en suivant les bords du dépresseur préalablement introduit. Tenant alors à pleine main le manche des deux instruments, on les écarte aussi largement qu'il est nécessaire pour bien explorer le col. On peut, au besoin, faire déprimer aussi les parois latérales au moyen des écarteurs de divers modèles construits à cet effet (Hegar, Simon, Benckiser, Péan, etc.).

Pour un simple examen, sans aides, et même pour un pansement vaginal ou cervical, ces écarteurs latéraux sont inutiles. Les deux mains de l'opérateur suffisent à écarter les deux valves supé-

rieure et inférieure et à les mobiliser dans tous les sens pour explorer complètement la surface du vagin. Au besoin, on fait maintenir, par la malade elle-même, le manche de la valve supérieure.

Ajoutons que, pour les opérations à pratiquer sur le col, et pour faciliter son abaissement, Simon a imaginé une valve, se montant sur le même manche que les autres, mais plus courte, plus plate et très élargie à son extrémité.

Pour peu qu'on ait un ou deux aides à sa portée, les spéculums à valves indépendantes sont les meilleurs: plus simples, plus faciles à aseptiser et à bien placer, ils permettent, mieux que tous les autres, la libre exploration du vagin, l'abaissement et l'examen du col et sont indispensables pour les opérations propres à ces organes.

L'unique reproche qu'on puisse leur adresser c'est de nécessiter, sauf pour un examen simple et facile, le concours d'un

aide. Ce desideratum a suggéré à plusieurs gynécologues l'idée de fixer le dépresseur à la table d'examen et de lui adapter divers mécanismes susceptibles de l'élever, de l'abaisser ou de l'incliner à volonté. Le porte-spéculum de Fritsch est le prototype de ces appareils forcément compliqués, longs à bien placer, mal supportés par les malades et d'un nettoyage difficile. Dans le même but, on a songé à accrocher le manche du dépresseur, une fois mis en place, à un anneau fixé à la table, à le faire tenir seul en alourdissant le manche au moyen d'un poids, etc. Si ces artifices peuvent être utiles lorsque le périnée est résistant et intact, il n'en est plus de



Fig. 19. — Valves de Simon.

même avec une vulve béante et un périnée déchiré et affaissé, car, dans ces conditions, l'instrument glisse et tombe.

En résumé, comme spéculum de cabinet, celui de Cusco répond à peu près à tous les besoins. Mais, pour peu qu'on ait un aide sous la main, ou simplement une malade docile, on se servira, avec plus d'avantages encore, des valves indépendantes de Simon

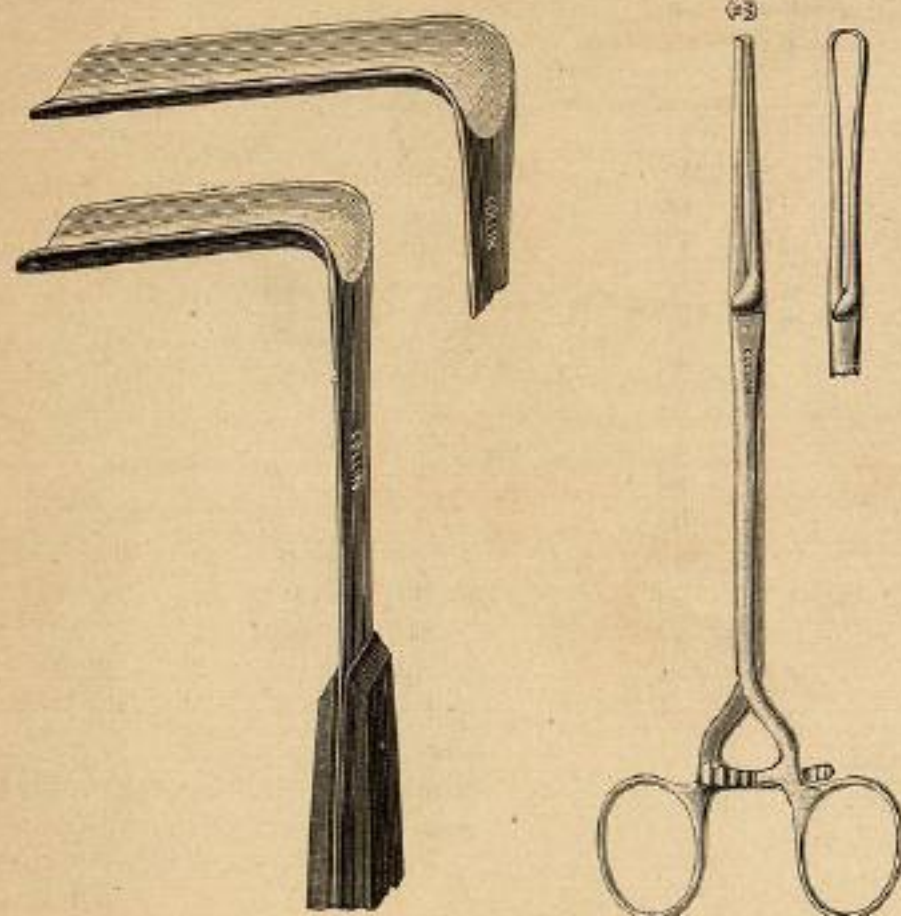


Fig. 20 et 21. — Valves en acier nickelé.

Fig. 22 et 23. — Fig. 22, Pince droite à deux griffes. — Fig. 23, Pince de Tréthal.

ou d'un modèle analogue, surtout si on doit s'aider du moyen suivant :

J. FIXATION ET ABAISSEMENT DU COL. — Ce procédé, recommandé par Hegar en 1874, rend de précieux services, tant pour l'exploration que pour les opérations à pratiquer sur l'utérus. On peut se servir, pour l'appliquer, d'un simple crochet, ou mieux, d'une pince-érigne à mors très fins et de 4 ou 5 millimètres de longueur qui se croisent au contact et se détachent à angle droit des branches : celles-ci se ferment à crémaillère (fig. 22 et 23).

On conduit l'instrument sur les doigts ou, en se guidant de l'œil, entre les deux valves de Simon, mises en place, et on saisit la lèvre antérieure du col. On retire alors la valve supérieure et on fait maintenir la pince par un aide, ou par la malade elle-même qui passe l'index dans un des anneaux. Suivant le degré de traction exercé, on fixe simplement le col, ou bien on l'abaisse jusqu'à la vulve.

On le rend ainsi très accessible à la vue, au doigt et aux instruments et, en pratiquant simultanément le toucher vaginal ou rectal, on peut explorer à l'aise la paroi postérieure et même, parfois, le fond de l'utérus, le cul-de-sac de Douglas, la base des ligaments larges et les annexes. On ne peut souvent pratiquer le cathétérisme utérin et, *a fortiori*, l'introduction d'une tente, sans cette manœuvre préalable. Enfin, il est indispensable d'y avoir recours pour toutes les opérations cervicales.

Elle est contre-indiquée en cas d'inflammation périmétritique aiguë ou si elle expose à rompre quelque collection.

Parfaitement inoffensive, dans la grande majorité des cas, pourvu qu'elle soit pratiquée sans violence et avec de rigoureuses précautions antiseptiques, elle est très bien supportée d'ailleurs, à moins que le col ne soit très enflammé ou la malade très nerveuse.

En cas d'hémorrhagie, toujours légère du reste, produite par la piqure d'une veine variqueuse du col, on aura recours à une injection chaude, à la compression momentanée au moyen d'un tampon sec ou imprégné de perchlorure de fer au 1/3.

K. CATHÉTÉRISME. — a. Cathétérisme de l'utérus. — Après la vulgarisation de l'hystérométrie, vers le milieu de ce siècle, par Huguier, Simpson et Kiwisch, on en avait beaucoup usé et abusé. De cruels déboires rendirent les gynécologues plus circonspects et une réaction ne tarda pas à se faire (Scanzoni). Mais, depuis l'emploi des antiseptiques, on a su revenir, et sans excès, à ce moyen d'exploration, indispensable dans certains cas.

Les sondes utérines sont rigides, malléables ou flexibles. — Les premières servent au redressement de l'axe utérin et ne peuvent être utilisées pour l'exploration que si l'utérus est très perméable et non coudé.

La meilleure sonde exploratrice est une tige malléable, en cuivre doux, en argent, en étain, de 25 à 30 centimètres de longueur, de 3 millimètres environ de diamètre, terminée d'un côté par un bouton mousse et, de l'autre, par un manche cylindrique ou aplati. Elle est graduée en centimètres au moyen d'encoches

peu profondes et faciles à nettoyer. L'hystéromètre de Sims (fig. 24) en est le type.

Pour pratiquer l'hystérométrie, on place la femme en position

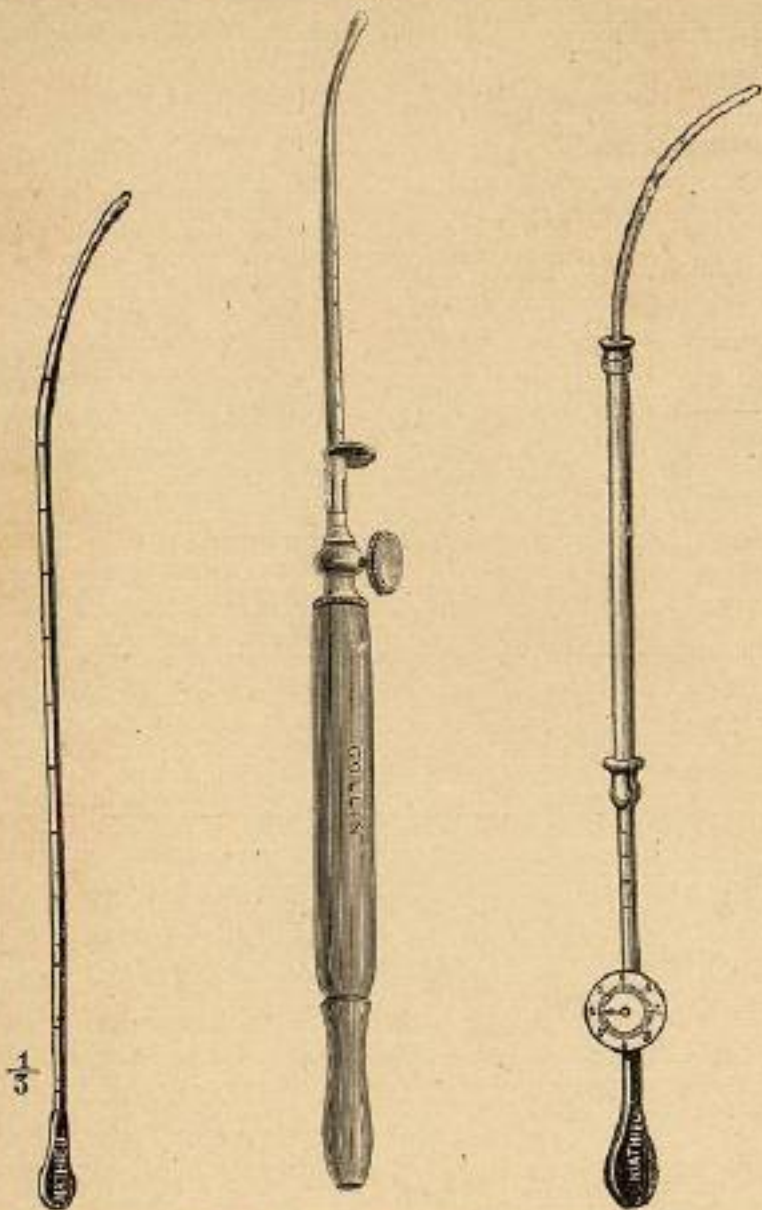


Fig. 24. — Hystéromètre de Sims. Fig. 25. — Hystéromètre de Collin. Fig. 26. — Hystérocurvimètre de Terrillon.

sacro-dorsale; le vagin et le col doivent être soigneusement lavés; il est également très prudent, surtout en cas de leucorrhée, de nettoyer, au moyen d'un applicateur entouré d'ouate créosotée, toute la surface accessible de la cavité cervicale. La sonde est rigoureusement désinfectée, et, d'après les indications fournies

par l'exploration bimanuelle, on lui donne la courbure qui semble devoir convenir. Si l'utérus est en position normale, on conduit alors l'instrument, la concavité tournée en avant et le manche relevé, le long de la face palmaire des doigts vaginaux qui immobilisent le col dans l'axe du vagin et indiquent l'orifice externe. Lorsqu'on a franchi celui-ci, on abaisse l'extrémité extérieure de la sonde et on la pousse doucement jusqu'au fond de l'utérus, en lui imprimant, au besoin, de légers mouvements de latéralité, pour lui faire franchir, sans violence, les obstacles qu'elle peut rencontrer. Pour mesurer la longueur de l'utérus, on retire la sonde accompagnée de l'index qui marque, avec l'ongle, le niveau de l'orifice externe. On peut aussi faire l'hystérométrie à travers un spéculum, mais, de cette façon, elle n'est pas toujours possible.

Si l'utérus est rétrodévié, la sonde est introduite, la concavité en arrière, jusqu'au fond de l'organe, puis, si l'on veut opérer le redressement, on lui fait exécuter, pour ramener sa concavité en avant, une sorte de tour de maître, analogue à la manœuvre pratiquée quelquefois pour le cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.

*Difficultés.* — Elles tiennent : 1° à l'étroitesse du trajet : il faut alors prendre une sonde plus fine, ou quelquefois plus grosse, lorsque l'obstacle consiste dans un épaissement de la muqueuse. Le spasme de l'orifice interne cesse ordinairement de lui-même, au bout d'un instant, pour peu qu'on appuie sans forcer et d'une manière continue.

2° Aux déviations de l'utérus : on les a constatées d'abord par l'exploration bimanuelle : s'il y a *antéflexion* aiguë, il faut exagérer la courbure de la sonde à son extrémité et relever très haut le manche dans le premier temps de l'introduction ; s'il y a *rétro-dévi*ation, on dirigera la courbure en arrière et non plus en avant. En cas de *latérodévi*ation, le col peut être tout à fait excentrique : on le ramènera alors, autant que possible, avec les doigts, dans l'axe du conduit vaginal. Dans tous les cas, on facilitera beaucoup l'opération en fixant et en abaissant le col, de manière à redresser l'axe utérin et à empêcher l'organe de fuir sous la poussée de l'hystéromètre.

3° Aux déviations de la cavité utérine. — Pour y remédier, on a imaginé les *hystéromètres flexibles*, munis ou non de curseurs, de cadrans, etc. (Terrillon) (fig. 26). Le meilleur est encore une simple bougie uréthrale, de calibre approprié et de flexibilité modérée, tenue à la main ou montée sur un manche ou sur une pince. Cet instrument s'introduit facilement, contourne le relief des tumeurs et ne risque pas de léser la muqueuse. Pour obtenir la longueur de la cavité,

on le retire avec une pince plate posée au niveau du museau de lanche, et l'on n'a qu'à reporter la portion qui a pénétré dans la cavité utérine sur l'hystéromètre gradué.

**Résultats.** — L'hystérométrie renseigne : 1° sur la *longueur générale* de l'utérus, sur la *longueur relative* du corps et du col, sur les *dimensions antéro-postérieures et latérales* de la cavité du corps. Dans un utérus sain, l'hystéromètre n'est guère mobilisable latéralement; il indique donc une augmentation de largeur de la cavité, lorsqu'on peut le déplacer facilement dans tous les sens.

2° Sur l'épaisseur et la consistance des parois utérines, lorsqu'on la combine avec le palper.

3° Sur la direction de l'utérus, qui peut avoir échappé au palper combiné au toucher, comme il arrive en cas de tumeurs, d'épaisseur considérable des parois, d'exsudats.

4° Sur les états pathologiques de la muqueuse. — A l'état sain, à part un certain degré de sensibilité de l'orifice interne, qui peut être assez prononcé chez les nerveuses, le cathétérisme, bien fait, ne doit produire aucune réaction : une vive douleur, une hémorrhagie indiquent une hyperhémie pathologique ou une lésion, localisée ou généralisée, de l'endométrium. Avec un peu d'habitude, on arrive à sentir une flexion, des fongosités, la saillie de brides scléreuses ou de tumeurs sous-muqueuses, etc.

5° Enfin, sur la mobilité de l'utérus.

**Contre-indications.** — La première est le *souçon d'une grossesse*. Aussi, ne devra-t-on faire le cathétérisme qu'après s'être renseigné sur la date des dernières règles et avoir vérifié, par les autres moyens, l'état de l'utérus, si on a des raisons de craindre que la malade ne se trompe, ou cherche à tromper sur cette date. On sait de combien d'avortements s'est rendu coupable le cathétérisme intempestif.

La constatation d'un *processus inflammatoire aigu ou récent*, dans l'utérus ou à son voisinage, doit aussi faire rejeter ou ajourner ce mode d'exploration. Il sera également prudent de s'en abstenir à un premier examen, si la malade présente une leucorrhée suspecte et si l'on n'est pas outillé pour pratiquer extemporanément une désinfection suffisante des premières voies. Il vaut mieux alors prescrire des injections antiseptiques et remettre à une prochaine visite le complément d'examen.

**Dangers.** — Les dangers de l'hystérométrie se déduisent de ses contre-indications. L'introduction très prudente de la sonde utérine ne suffit pas toujours à provoquer l'avortement : on l'a même préconisé comme moyen de diagnostic de la grossesse au début. Mais nous ne pouvons appuyer cet audacieux conseil et recom-

mandons au contraire l'abstention absolue s'il y a soupçon de gravidité.

La même réserve est nécessaire en cas d'inflammation aiguë, ne fût-elle justifiée que par la douleur utérine que produit le cathétérisme dans ces conditions.

On observe exceptionnellement la syncope ou le collapsus, au moment où la sonde traverse l'orifice interne; cet accident, qui ne survient guère que chez des femmes très nerveuses, est ordinairement sans conséquences.

Le passage de la sonde dans une trompe dilatée semble avoir été observé quelquefois (Jacobs). Mais, beaucoup plus souvent, on a traversé la paroi utérine avec une sonde trop mince ou manœuvrée sans précautions suffisantes. Des recherches de Liebman (de Trieste) tendent à montrer que, dans la moitié des cas, cet accident est facile. S'il est souvent inoffensif, comme prend plaisir à le démontrer Simon, il serait dangereux de s'y exposer avec un utérus septique ou un instrument suspect. Aussi, lorsque l'utérus est en état de subinvolution, mou, variqueux, est-il préférable de se servir de sondes molles.

b. **Cathétérisme des uretères.** — Le cathétérisme et l'exploration des uretères est d'un usage trop exceptionnel pour que nous en donnions ici la description. Nous renvoyons pour l'historique à Pawlik (1) (fig. 27) et, pour les procédés, à Säger (2) et à Schultz (3), qui a bien résumé et exposé la question.

c. **Cathétérisme des trompes.** — De même, les tentatives de cathétérisme méthodique des trompes sont encore trop rares et trop personnelles pour que ce moyen, d'un emploi délicat et difficile, soit encore près d'entrer dans la pratique courante.

L. **DILATATION EXPLORATRICE.** — Le cathétérisme et le curetage explorateurs réduisent de beaucoup l'importance et l'usage de la dilatation comme moyen de diagnostic intra-utérin. Il est des cas, toutefois, où l'exploration avec le doigt ne peut être remplacée par



Fig. 27. — Sonde de Pawlik.

(1) Pawlik, *Langenbeck Archiv*, XXXIII, Heft 3.

(2) Säger, *Archiv für Gyn.*, XXVIII, p. 54, et *Congrès de Leipzig*, 1886.

(3) D. Schultz, *Novae. archiv. d'obst. et de gynécol.*, 1887, p. 203, 202.

aucune autre méthode. Ainsi en est-il, lorsqu'il s'agit de reconnaître certaines tumeurs sessiles ou pédiculées, leur siège et les dimensions de leur point d'implantation; lorsqu'il faut apprécier la consistance et l'épaisseur des parois de l'organe; différencier un fibrome pédiculé d'une inversion utérine, etc.

Suivant les besoins, la dilatation portera sur l'orifice externe, sur le trajet cervical ou sur la cavité utérine tout entière. Dans le premier cas, le débridement bilatéral du museau de tanche suffit. Si l'on veut arriver à l'orifice interne, l'incision doit être prolongée jusqu'à l'insertion vaginale et sera ensuite réparée au moyen d'un ou deux points de suture. L'exploration de la cavité cervicale peut encore être rendue possible extemporanément à l'aide des divers dilataleurs mécaniques que nous étudierons, ou, progressivement et lentement, par l'usage des tentes dilatatrices. Ce dernier moyen est le meilleur pour obtenir la large expansion de la cavité utérine tout entière (Voir 2<sup>e</sup> partie).

Quel que soit le procédé mis en œuvre, lorsqu'on a obtenu le degré de dilatation nécessaire, la malade étant placée dans la position sacro-dorsale, l'index d'une main est introduit dans le vagin jusque dans la cavité cervicale dont il explore les parois, puis poussé jusqu'au fond de l'utérus. Pour faciliter la manœuvre, l'autre main saisit le fond de l'organe et le refoule à la rencontre du doigt intra-utérin. Lorsque l'utérus est d'une grande mobilité ou difficilement accessible à la main abdominale en raison de l'épaisseur ou de la rigidité des parois, il est utile de faire maintenir le col par un aide au moyen d'une pince à abaissement. L'exploration doit être faite rapidement et aseptiquement, et on la fait suivre d'une injection intra-utérine et de la suture des surfaces cruentées, si on a pratiqué l'incision cervicale.

Enfin on a conseillé de compléter les données du toucher par l'exploration visuelle, en s'aidant de lampes, de réflecteurs, du miroir frontal ou de la lampe électrique de Trouvé, etc.

Le toucher intra-utérin reconnaît les mêmes contre-indications que le cathétérisme : c'est-à-dire, soupçon de la grossesse, etc. La plupart du temps, on peut le remplacer par l'un des deux moyens suivants :

**M. CURETTAGE EXPLORATEUR.** — En présence d'une hémorrhagie utérine prolongée, irrégulière, compliquée, ou non, d'écoulement leucorrhéique et dont l'origine n'a pu être reconnue par les anamnétiques ou les moyens ordinaires d'investigation, l'examen direct de la muqueuse utérine peut être nécessaire, tant au point de vue du pronostic que du traitement à adopter. Pour se procurer un

fragment de la muqueuse malade, on a recours au *curettage explorateur* (1).

Il est rare que, dans les cas où cette opération est indiquée, la cavité utérine ne soit pas facilement accessible. On se sert, pour la pratiquer, d'une étroite curette de Récamier, en forme de gouttière, ou d'une petite curette à boucle, légèrement incurvée, dont l'ouverture n'excède pas 4 à 5 millimètres. Certains opérateurs n'emploient que des curettes mousses; avec des bords tranchants, on abrase plus rapidement, plus profondément et sans plus de danger le lambeau de muqueuse dont on a besoin.

On conduit l'instrument doucement, jusqu'au fond de l'utérus, puis on le ramène de haut en bas, en pressant sur l'une des parois. Si le lambeau abrasé est insuffisant, on recommence la même manœuvre sur la face opposée, sur le fond, sur les côtés de l'organe.

L'opération est peu douloureuse, en général, et ne détermine qu'un suintement sanguin négligeable. On peut, au besoin, la faire suivre d'une injection intra-utérine chaude, si la perméabilité de l'utérus le permet, injecter quelques gouttes de perchlorure de fer, ou mieux, tamponner avec une étroite bande de gaze iodoformée.

Nous nous contentons ordinairement d'un badigeonnage à la créosote pure, ou dédoublée de glycérine, et de l'application d'un tampon vaginal iodoformé.

Si, à première vue, l'aspect des lambeaux enlevés ne renseigne pas sur leur nature, l'examen histologique lèvera les doutes, et établira si on a affaire à de l'hyperplasie simple, à des débris ovulaires ou placentaires, à des polypes muqueux, à du fibrome sphacélé ou à l'une des variétés de néoplasies malignes susceptibles d'envahir la muqueuse interne.

A condition d'être pratiqué proprement et en dehors des états aigus, le curettage explorateur est d'une innocuité parfaite, et nul moyen d'exploration ne peut, dans un grand nombre de cas, donner des renseignements aussi précis.

**N. EXCISION EXPLORATRICE.** — L'excision exploratrice n'est applicable qu'à la portion vaginale du col ou, dans quelques cas, au vagin : permettant d'obtenir des fragments de tissus plus volumineux que ceux fournis par la curette, elle est beaucoup plus favorable à l'examen histologique.

On se rend maître de l'hémorrhagie par un attouchement au perchlorure de fer, au thermocautère, par un point de suture au

(1) Nous renvoyons, pour la technique générale du curettage, à la 2<sup>e</sup> partie.

catgut, ou, simplement, par le tamponnement antiseptique du vagin.

O. PONCTION EXPLORATRICE. — On l'emploie en cas d'incertitude sur la nature d'une tumeur abdominale ou pelvienne. Elle se fait par la paroi abdominale ou par le vagin, au moyen de l'aiguille tubulée de l'appareil aspirateur de Potain ou de Dieulafoy (1).

Le liquide recueilli est du sang, du pus, ou de nature indéterminée. En ce dernier cas, l'examen chimique et microscopique donnera les renseignements voulus.

P. LAPAROTOMIE EXPLORATRICE. — L'incision de l'abdomen, dans un but de diagnostic, n'est justifiée qu'en dernière analyse, quand tous les autres moyens d'investigation laissent encore des doutes.

Il est vrai que le diagnostic des lésions pelviennes est souvent très délicat, impossible même à établir dans son intégrité, autrement que *de visu*. La laparotomie exploratrice n'est alors « que le premier temps d'une intervention plus complète, qui est la fin probable ou désirée de l'acte chirurgical ». (Richelot.) Mais il ne faut ouvrir le ventre que sur la garantie d'un diagnostic clinique aussi précis que possible.

La technique est la même que pour la laparotomie en général, et requiert le même luxe de précautions. L'incision devra être faite aussi petite que possible, quitte à être agrandie ensuite pour les besoins de l'opération curative.

(1) Se reporter, pour la technique, à la 2<sup>e</sup> partie.

## LIVRE II

### TROUBLES FONCTIONNELS

#### CHAPITRE PREMIER

##### TROUBLES DE LA MENSTRUATION

###### I. — Menstruation normale.

Avant de parler des troubles de la menstruation, nous croyons utile de donner un court aperçu de cette fonction, à l'état physiologique.

La menstruation, sans préjuger de sa *physiologie intime*, est caractérisée par l'*écoulement sanguin, périodique et temporaire, qui se produit chez la femme pubère*.

*Puberté*. — C'est vers quinze ans (de douze à seize) que, dans nos climats, se manifestent les premières règles, avec les autres symptômes de la *puberté*. La date de leur apparition tient à des causes générales ou individuelles : races, climat, latitude, rang social, mode d'éducation, d'alimentation, occupations habituelles, constitution, hygiène en général, etc. On a observé exceptionnellement l'écoulement menstruel dès la naissance ou, plus souvent, dans les premières années de la vie (*menstruation précoce*). Cette précocité semble sans influence sur l'évolution ultérieure de la fonction ; on aurait remarqué cependant une certaine coïncidence entre cette anomalie, d'une part, le cancer (P. Bernard), et le retard de la *ménopause*, d'autre part.

*Ménopause*. — Celle-ci survient vers quarante-six ans, en moyenne, ce qui implique, pour la vie génitale de la femme, une durée ordinaire de trente à trente-deux ans. Mais, ici encore, les exceptions ne sont pas rares de *cessation anticipée*, et, surtout, de *continuation tardive*. Abstraction faite des métrorrhagies symptomatiques d'affections utérines, prises pour des règles et survenant au delà de l'âge habituel de la ménopause, il y a des faits incontestables et