

contact du col, et l'électrode négatif sur le ventre. Il a été suivi dans cette voie par Aimé Martin (1879), qui interrompait ou renversait le courant, après les premières séances; par Onimus, Ménière, Munde, Carpenter, etc.; enfin, par Danion et Lucas-Championnière.

Danion emploie, comme électrode indifférent, une plaque de terre glaise ou une plaque d'étain recouverte de peau de chamois et, comme excitateur, un index de platine qu'il introduit dans le col, ou un tampon d'amadou qu'il applique à sa surface.

Il laisse passer, pendant trois à six minutes, un courant de 40 à 70 milliampères avec l'électrode intra-cervicale, et de 150 milliampères avec le tampon, puis renverse deux ou trois fois le courant. A chaque interruption, la malade éprouve une sensation de chaleur et de fourmillement. Ce traitement, qui doit être poursuivi pendant des mois, aurait, d'après Lucas-Championnière, une action analogue à celle des eaux chlorurées sodiques et leur serait associé avec avantage.

Galvanisation dans les phlegmasies péri-utérines. — Pour appliquer le galvano-puncture aux phlegmasies péri-utérines, on est le plus souvent obligé d'endormir la malade. Le trocart est enfoncé au point culminant de la tuméfaction, en dehors des battements artériels et aussi près que possible de la face postérieure de l'utérus. On fait passer, durant cinq à dix minutes, un courant de 50 à 250 milliampères. Une seule séance pourrait parfois suffire. Il est nécessaire, après l'opération, de pratiquer un pansement antiseptique et de maintenir la malade au repos.

Pour les exsudats anciens, sans collection liquide, et pour les névralgies pelviennes, on emploie la galvanisation intra-utérine positive ou les simples applications vaginales au moyen d'un électrode métallique entouré d'ouate humide et promené autour du col, au niveau des points malades.

Galvanisation dans les sténoses. — Dans les cas de sténose utérine ou vaginale, on emploie un électrode de forme appropriée relié au pôle négatif et une intensité de 60 à 100 milliampères au plus; les séances doivent être assez longues, de dix à vingt minutes environ.

On a encore conseillé les courants continus dans le *vaginisme* (Lomer), le *cancer* (Gibbons, Steavenson, etc).

En résumé, l'électrification, sous toutes ses formes, rend d'incontestables services à la gynécologie.

Ses effets se font surtout sentir à l'égard des symptômes sub-

jectifs et fonctionnels des fibromes et dans les cas d'exsudats anciens ou de douleurs pelviennes avec peu ou pas de lésions.

Apostoli avance, de plus, qu'elle peut être d'un grand secours pour le diagnostic (1). D'après lui, l'*insuccès curatif* de la faradisation dans les *douleurs ovariennes* indiquerait une lésion profonde et non une simple névralgie. La sensibilité utérine au courant continu serait généralement tributaire de celle des annexes. Si les douleurs provoquées par le passage du courant ne s'atténuent pas rapidement dès les premières séances, ou si, *a fortiori*, elles augmentent, cette intolérance impliquerait l'existence d'une lésion justiciable de l'ablation.

La grossesse et la suppuration péri-utérine constituent les deux contre-indications principales à l'emploi de l'électricité en gynécologie. Jusqu'à nouvel informé, les tumeurs fibro-kystiques et malignes paraissent échapper à son action.

CHAPITRE V

MASSAGE

Le *massage gynécologique*, appliqué judicieusement, avec méthode et douceur, après un diagnostic précis et par un médecin expérimenté, peut rendre des services.

Le reproche d'*immoralité* qu'on s'est plu à lui adresser n'est pas plus justifié qu'il ne le serait pour le simple toucher.

Nous pensons qu'il doit être réservé, à titre d'*adjuvant*, d'*essai* ou de *palliatif*, à certaines formes de métrite interstitielle avec peu d'écoulement; à l'hypertrophie subinvolutive de l'utérus; aux déviations mobiles ou légèrement adhérentes; au prolapsus du premier degré, sans lésion notable du plancher pelvien; enfin et surtout, aux exsudats péri-utérins d'ancienne date et aux *douleurs pelviennes* avec peu ou pas de lésions appréciables. Il est contre-indiqué s'il existe un état aigu quelconque, une suppuration pelvienne, un soupçon de grossesse. Il ne peut rendre aucun service en cas de néoplasmes bénins ou malins.

Nous nous bornerons à donner un aperçu de la méthode de Thüre Brandt (2) qui commande, en somme, toutes les autres.

(1) Apostoli, Des contributions nouvelles du traitement électrique (faradique et galvanique), en gynécologie (*Congrès internat. de gynéc. et d'obst.*, de Bruxelles, 15 septembre 1892).

(2) Consulter, pour plus de détails: Stapler, *la Kinésithérapie gynécologique* (*Ann. de gynéc. et d'obst.*, de août à octobre 1892).

Elle comporte l'emploi successif du massage proprement dit et d'une gymnastique spéciale. Les séances durent de trois à dix minutes, suivant le degré d'assuétude, et débutent par une exploration minutieuse. Elles sont quotidiennes ou bi-quotidiennes et sont continuées sans interruption, même pendant les règles, surtout en cas d'adhérences. La durée totale du traitement varie de deux à trois mois et plus. La malade n'est pas obligée au repos.

I. — MASSAGE PROPREMENT DIT

Position de la malade et de l'opérateur. — Le massage externe, c'est-à-dire portant uniquement sur les parois abdominales, n'a guère d'usage en gynécologie. Le massage de Brandt est mixte, c'est-à-dire *vagino* ou *recto-abdominal*, quelquefois *recto-vagino-abdominal*.

La malade est couchée sur le bord d'un lit peu élevé ou sur une chaise longue sans bras, les vêtements flottants, les jambes et les cuisses à demi fléchies, en abduction légère, le dos élevé tout juste assez, par des coussins, pour déterminer le relâchement des muscles abdominaux (fig. 177). Si l'on veut agir sur un ligament large, il est bon, pour détendre particulièrement les obliques, de faire incliner la tête et le tronc du côté correspondant.

La vessie et le rectum doivent être vides et l'on opère en dehors de la période de digestion.

L'opérateur est assis commodément sur un tabouret bas, aussi près que possible de la malade, à hauteur des cuisses et le plus souvent à gauche; il passe l'avant-bras sous la cuisse correspondante et n'introduit dans le vagin, d'après Brandt, que l'index gauche bien graissé; mais nous ne voyons que des avantages à employer l'index et le médium réunis, surtout si l'on a l'habitude de toucher avec ces deux doigts. Pour le massage recto ou recto-vagino-abdominal, on introduira l'index seul dans le rectum.

Le pouce s'appuyant sur la symphyse pubienne, les autres doigts sont fléchis au maximum dans la paume de la main ou étendus sur la fesse correspondante. La main libre est posée à nu sur le ventre, le talon sur le mont de Venus, les phalanges des quatre derniers doigts, à plat, au-dessus du pubis, et non graissées.

Massage analgésique préparatoire. — Le doigt vaginal ou rectal est fixé à côté du point douloureux et la main abdominale exécute, autour de ce point, en remontant toujours dans le sens des courants veineux et lymphatique, de petites frictions circulaires. Le doigt intérieur suit de son mieux la main extérieure; le coude corres-

pondant *tremblotte* continuellement. La force employée, très légère pour commencer, est augmentée par degrés, en une ou plusieurs séances, à mesure que l'analgésie se développe: on se base surtout, pour la régler, sur la physionomie de la malade, et l'on gagne peu à peu du terrain, par une pression accompagnée de vibration presque invisible du poignet, jusqu'à pouvoir nettement saisir la partie malade entre les deux mains.

Le rôle du doigt intérieur se borne à servir de point d'appui aux organes et à les pousser en haut. Au besoin, il pratique aussi

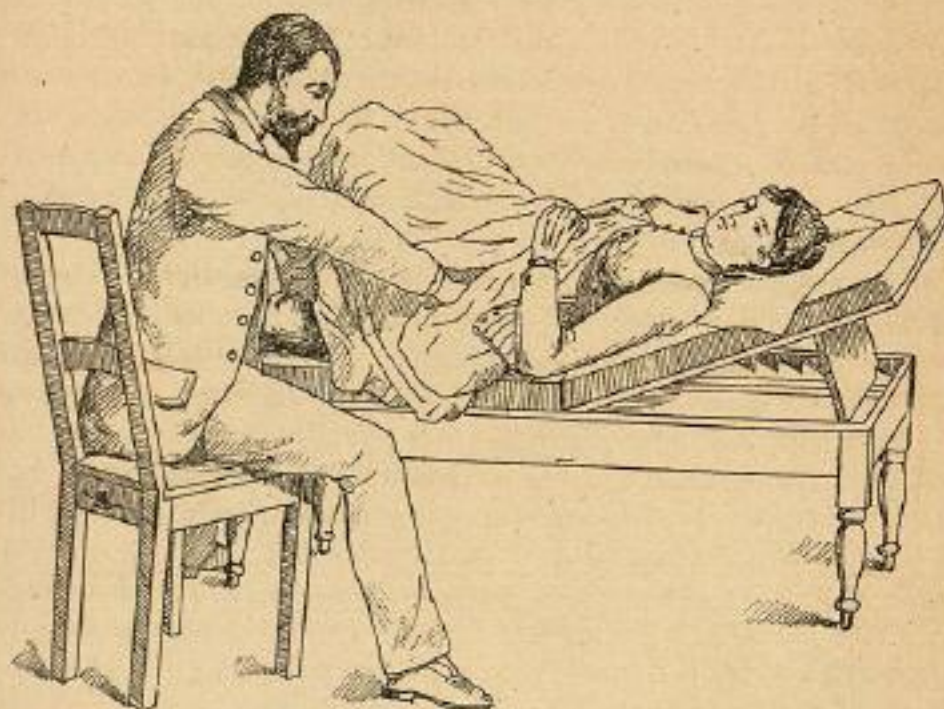


Fig. 177. — Massage d'après la méthode de Thüre Brandt; position de la malade et de l'opérateur.

un effleurage léger, de bas en haut, dans le sens des gros vaisseaux. La main extérieure est seule à masser: elle exécute des *frictions circulaires* et, plus rarement, du *pétrissage en vibrant* d'une façon imperceptible.

Massage de l'utérus en position normale. — L'index vaginal, logé dans le cul-de-sac antérieur, le plus haut possible, refoule l'isthme utérin en haut et en arrière, avec une force suffisante pour maintenir l'organe, mais sans produire de douleur vive. En même temps, la main abdominale exerce des *frictions circulaires*, tantôt légères, tantôt prononcées, sur le fond, sur les faces et sur l'isthme de l'utérus. Tout en frictionnant, on incline le fond vers

la symphyse. Le massage est toujours précédé ou accompagné du redressement de l'organe.

Massage de l'utérus dévié. — Les frictions sont précédées de la réduction de l'utérus, et cette manœuvre diffère suivant qu'il est mobile ou fixé, rigide ou mou.

Lorsqu'il est mobile et rigide, la réduction s'opère par le vagin et l'abdomen. La pulpe de l'index vaginal, appliquée sur la face antérieure du col, le refoule en arrière et en bas. En même temps, la main extérieure cherche délicatement le fond de l'utérus qu'elle accroche doucement et ramène vers le pubis. Si cette recherche est infructueuse, on déprime doucement les parois autour de l'utérus et, par des frictions circulaires et tremblottantes, on cherche à détendre et à assouplir les ligaments. Peu à peu on sent l'utérus qui monte, comme un corps flottant, sous la pression du doigt intérieur et on l'accroche par le fond. La réduction s'opère parfois brusquement.

Si l'utérus ne bascule pas par simple pression cervicale, si le col est trop élevé ou ne fournit qu'un bras de levier trop court, on emploie une manœuvre plus complexe. Avec le doigt vaginal, on soulève l'utérus graduellement et sans violence; puis, avec la pulpe des doigts abdominaux, on pénètre au-dessus du pubis dans l'excavation, jusqu'au contact de l'isthme qu'on refoule vers la concavité sacrée. Dès que l'isthme recule, le doigt intérieur passe sur la face antérieure du col et le presse en arrière et en bas. A ce moment, l'utérus est à moitié redressé. La main extérieure, abandonnant l'isthme, remonte alors légèrement sur la face antérieure de l'organe, l'accroche par le fond et le ramène vers l'arcade pubienne.

Lorsque l'utérus est gros et mou et que le col n'offre aucune prise pour le redressement, on a recours à la réduction recto-vagino-abdominale. L'index, introduit dans le rectum, agit autant que possible, sur le fond ou, au moins, sur la plus grande partie de la face postérieure de l'utérus, pendant que le pouce vaginal chasse en arrière la face antérieure du col. La main abdominale procède comme précédemment pour accrocher le fond et le réduire. Cette manœuvre se fait, soit dans la position verticale, soit dans le décubitus dorsal, ou bien encore, se commence dans la première position et se termine dans la seconde.

C'est également par le massage recto-vagino-abdominal qu'on pratique la réduction et la correction des flexions antérieures ou postérieures.

Lorsque l'utérus est fixé, il est maintenu dans sa position vi-

cieuse, d'après Brandt, soit par une contracture des ligaments, soit par des adhérences. Dans le premier cas, le massage s'exerce d'abord sur les ligaments. A mesure que la résistance et la douleur disparaissent, la main abdominale descend de plus en plus profondément, tandis que le doigt vaginal soulève le col en haut, comme pour exagérer la déviation. On devra user de tact et de patience et ne tenter la réduction que très doucement, lorsqu'on sentira la résistance des ligaments vaincue et le corps utérin flottant.

Si la fixation résulte d'adhérences, c'est encore par le massage périphérique qu'on devra commencer : le principe général consiste à pénétrer prudemment entre les organes soudés, à distendre leurs attaches, toujours avec lenteur, et à continuer le traitement un certain temps après la libération de l'utérus.

Les séances de redressement et de massage sont suivies de l'élévation de l'utérus dont nous indiquerons plus loin la technique.

Massage des ovaires, des trompes et des exsudats périmétritiques. — Contre les exsudats pelviens, on doit employer tout d'abord les frictions légères et concentriques. Les manœuvres de force, pétrissage, pressions, ne sont de mise qu'après disparition de toute sensibilité. Un bon moyen, pour détruire les adhérences, consiste à les attaquer avec l'index de la main intérieure introduit au fond de l'utérus, après dilatation, tandis que le médius demeure dans le cul-de-sac postérieur. En même temps, la main abdominale contrôle les mouvements internes et exécute des frictions et des malaxations périphériques et centrales. On peut agir, de la sorte, avec autant de précision que de force, tout en excluant les efforts violents qui sont le propre de la méthode de Schultze.

Il est généralement assez facile de reconnaître l'ovaire et de le faire glisser sur les doigts intérieurs pour le libérer.

Les trompes doivent être massées, autant que possible, du pavillon vers l'ostium uterinum.

Massage dans le prolapsus. — Il comprend plusieurs manœuvres : l'élévation, le tapotement et la gymnastique.

L'élévation, usitée aussi comme manœuvre complémentaire du massage utérin, exige l'assistance d'un aide et suppose la mobilité de l'utérus. Le médecin, placé dans la position de Brandt, appuie fortement avec l'index vaginal, sur la face antérieure du col, le plus près possible de l'isthme; de la main droite, il déprime la paroi abdominale, au-dessus du pubis, de façon que la pulpe des doigts appuie exclusivement sur l'isthme. L'action combinée des deux mains doit mettre l'utérus en antéversion ou, tout au moins, l'empêcher de basculer en arrière.

L'assistant, à genoux entre les cuisses de la malade, ou solidement arc-bouté, le pied droit à terre et le genou gauche sur la couchette, se tient prêt à saisir l'utérus. Il fait pénétrer ses mains, en supination et en extension, dans le sillon préparé par la main abdominale du médecin et, en même temps, se penche en avant jusqu'à toucher presque, de son visage, celui de la malade. Puis il saisit l'utérus en avant et sur les côtés et l'étreint de ses deux mains, tandis que le médecin retire sa main abdominale, tout en conservant son doigt vaginal en place. Relevant, dans un troisième temps, ses bras et son thorax, l'aide soulève l'utérus, toujours maintenu en antéversion, jusqu'à ce que soit perçue la résistance des ligaments. Il l'abandonne alors, lentement ou rapidement suivant l'effet à produire (*excitation à la contraction ou suppression de la contracture*), mais toujours sans brusquerie. Cette manœuvre est répétée trois ou quatre fois par séance : elle doit toujours être indolore et le degré d'élévation est subordonné à celui du prolapsus ou à la laxité des ligaments.

Les *tapotements* précèdent généralement le massage et l'élévation. Ils se font à nu, sur les régions dorsale et sacro-iliaque, la femme étant fortement inclinée en avant et appuyée sur les mains. « La percussion du dos se fait de haut en bas et de bas en haut, à droite et à gauche de la colonne vertébrale, à quatre ou cinq reprises, avec le bord cubital des mains, poignet très souple, avant-bras et bras fixés, doigts écartés, l'auriculaire frappant le premier et par sa phalangette. Elle est précédée de deux ou trois passes rapides, de haut en bas, de la paume des mains embrassant dans leur concavité l'épine dorsale.

« Pour la percussion sacro-iliaque, on se sert du poing lâchement fermé, on frappe avec la face dorsale des phalangettes dans trois directions : oblique, sacrée et transverse. Le poignet doit être délié, les coups toujours fermes, quelquefois forts, mais élastiques, point trop rapides et donnés avec d'autant plus d'insistance qu'on veut produire plus de congestion. » (Stapfer, d'après Brandt.)

II. — GYMNASTIQUE

Les mouvements gynécologiques de la *gymnastique suédoise* sont de trois ordres : *décongestionnants*, *congestionnants* et *fortifiant la musculature pelvienne*.

A. Mouvements décongestionnants. — Les deux exercices les plus importants sont ceux qui provoquent : 1° l'action réunie des *abducteurs fémoraux et des muscles du dos*; et 2° l'action isolée des mus-

cles du dos. Pour produire la première, la malade, dans la position du massage, se soulève en prenant un point d'appui sur les épaules et les coudes. Le médecin rapproche jusqu'au contact les genoux de la malade qui résiste à son effort; puis celle-ci écarte les cuisses, le médecin résistant à son tour. Le va-et-vient est répété huit à dix fois, avec intervalle de repos s'il y a lieu.

Pour faire agir les muscles du dos seuls, la malade, assise sur le bord d'un tabouret, étend les bras en haut et en avant, puis les ramène, en les fléchissant, en arrière du corps, pendant que le médecin résiste à ce mouvement, puis elle revient à la première position. La manœuvre est répétée cinq ou six fois.

B. Mouvements congestionnants. — Les uns sont *actifs* et consistent en une série d'attitudes de flexion et de redressement du corps, la malade se tenant alternativement sur l'un et l'autre pied. Les mouvements *passifs* sont exécutés par l'opérateur qui imprime successivement des mouvements de circumduction à l'une et à l'autre articulation coxo-fémorale.

C. Mouvements développant la musculature pelvienne. — La position de la femme est la même que pour la mise en jeu des abducteurs; seulement c'est au mouvement d'adduction et non d'abduction que l'opérateur s'oppose. Il en résulte secondairement des contractions de toute la musculature périnéo-pelvienne.