

qu'en aucun autre moment de la vie de la femme. Il serait plus vrai de dire que la métrite, quel qu'en soit le siège anatomique, est très-rare pendant la période qui s'écoule entre la conception et l'accouchement, après lequel, au contraire, l'utérus est dans les conditions les plus favorables au développement des phénomènes inflammatoires.]

Avant le mariage et pendant la première période de la grossesse, les ulcérations étendues et toutes les lésions de nutrition sont rares. Vers la fin de la période de conception, nous assistons au contraire à une transition graduée des maladies de la forme sthénique à la forme asthénique, transformation pathologique qui correspond parfaitement à la transformation anatomique qui se produit dans les organes.

Chez les femmes âgées, le système utérin subit de nouvelles modifications. Le calibre des vaisseaux et des nerfs diminue, et l'on trouve même parfois une altération des parois des vaisseaux. La membrane muqueuse de la cavité s'amincit et devient en général pâle. Le tissu de l'organe reprend à peu près sa consistance ferme, et même, au niveau du col, il devient en réalité semi-cartilagineux. La cavité du corps se rétrécit, le canal de communication entre cette cavité et le vagin s'oblitére presque entièrement; sur beaucoup de sujets il disparaît entièrement. Le vagin et les ligaments de l'utérus, après avoir été si souvent distendus, deviennent flasques, et l'utérus est complètement mobile. Les ovaires s'atrophient, leur membrane d'enveloppe se replie sur elle-même, en sorte qu'ils semblent partagés en plusieurs lobes très-petits.

Concurremment avec ces changements, nous voyons les inflammations aiguës devenir de plus en plus rares, mais la dégénérescence des tissus devenir, au contraire, de plus en plus fréquente. Il y a des hémorragies, mais elles sont passives. A l'époque de la cessation des règles, les phénomènes pathologiques qui se produisent par suite d'une circulation irrégulière ou d'une perturbation dans l'influx nerveux, sont les lésions de nutrition et les affections de nature maligne. Dans les cas où le canal qui traverse le col utérin est oblitéré, une accumulation de mucus dans la cavité du corps peut aussi produire finalement une rupture de l'utérus. Enfin le relâchement des ligaments est une cause de prolapsus utérin.

Cette relation intime qui existe entre les diverses lésions et les modifications anatomiques que l'âge apporte, est assurément très-importante à étudier au point de vue pratique : on peut ainsi prévoir à quelles maladies chaque période de l'existence est exposée, et dès lors user par avance des moyens de traitement que l'expérience suggère pour prévenir ces maladies, ou tout au moins en atténuer la gravité.

Il est impossible de trop insister sur l'influence que les maladies de la matrice ou des ovaires exercent sur la santé générale. En fait, on peut dire que, chez les femmes, le système utérin, pendant sa période d'activité, est le véritable centre de la vie. L'accomplissement régulier de ces fonctions fortifie sans aucun doute la santé générale des individus; mais il est

aussi très-positif que le moindre trouble dans ces fonctions, arrivant à l'âge où elles sont dans toute leur activité, devient on ne peut plus nuisible, et qu'il existe la sympathie la plus intime entre la matrice et toutes les parties de l'organisme : l'appareil digestif, l'appareil circulatoire, le système nerveux, etc.

D'autre part, il est aussi absolument nécessaire d'étudier les effets des maladies générales sur les affections utérines; il faut en effet se mettre en garde contre une tendance dangereuse, celle de considérer ces affections comme purement locales, et de ne chercher à les combattre que par un traitement également local. Les maladies chroniques de l'estomac, celles du foie ou des intestins, une maladie quelconque déjà ancienne, un affaiblissement général, peuvent assurément faire naître des maladies de l'utérus, aussi bien que les conditions générales, la pléthore et l'excès de nutrition. Nous devons donc toujours, dans notre traitement, chercher à relever la santé générale, en même temps que nous nous occuperons des désordres locaux.

ARTICLE III

ÉTILOGIE.

Les causes des affections utérines sont :

1° Des causes générales, telles que le froid, les épidémies, les troubles des fonctions digestives, qui agissent en ce cas comme elles le font sur tout autre organe;

2° Des causes spéciales, qui tiennent à la nature même et aux fonctions des organes; ainsi la grossesse et la parturition;

3° Des lésions résultant de l'exercice immodéré ou même parfois le plus modéré de certaines fonctions; ainsi des maladies du vagin ou du col de l'utérus, par suite d'un coït excessif ou incomplètement accompli, etc. Quelques mots d'explication sont nécessaires, non pas seulement à cause de l'influence très-grande que ces dernières causes exercent, mais aussi parce que les médecins sont peu à même de s'instruire sur ce point, jusqu'à ce que leur âge inspire une confiance sans réserve. Je fais ici allusion aux effets produits, d'une part, par l'abus du coït, et, d'autre part, par l'accomplissement incomplet de cet acte.

Parlons d'abord des *rapprochements sexuels trop souvent répétés*.

Sans aucun doute, l'accomplissement de cette fonction est pour les deux sexes une condition de bonne santé; mais, comme il arrive pour les autres appétits, tout excès devient nuisible. Ce que j'ai à dire s'applique assurément à tout le monde et à toutes les conditions; cependant j'ai surtout en vue les personnes mariées. J'ai bien des fois observé que, rassurées sur leurs actes au point de vue moral, les personnes mariées semblent oublier totalement que leurs excès peuvent avoir de graves conséquences physiques. Les suites funestes se manifestent très-vite et portent aussi bien sur

les fonctions physiques que sur les fonctions intellectuelles. Je suis convaincu que, dans un grand nombre de cas, la phthisie a pour point de départ l'épuisement produit par le coït. La femme éprouve un sentiment général de faiblesse; elle devient languissante au moral comme au physique; elle est hors d'état d'appliquer son esprit à rien de sérieux: son visage est pâle, son regard morne, ses yeux éteints. Localement, les fonctions menstruelles tendent à se déranger: des aménorrhées, des dysménorrhées, et plus souvent des métrorrhagies, sont les symptômes de cette perturbation. Dans d'autres cas, on voit le col s'hypertrophier, puis s'enflammer, et enfin s'ulcérer. D'autres fois encore, c'est une vaginite aiguë ou chronique qui se produit. Il est très-sûr que, dans beaucoup de cas, les sujets eux-mêmes se trouvent arrêtés par la douleur que causent les rapprochements sexuels; mais il y a des cas où l'on ne ressent aucune douleur et dans lesquels cependant la continuation du coït est une cause sérieuse d'aggravation. Le médecin doit alors intervenir, et il ne trouvera pas son rôle difficile à remplir, s'il n'agit que par conscience et devoir.

Le coït incomplet, inefficace, n'a presque jamais été considéré comme une cause de maladie; pour ma part, je suis cependant sûr qu'il en est ainsi très-souvent. Supposez, en effet, tout l'appareil génital en pleine excitation; il est facile de comprendre que la non-satisfaction de ces organes excités doit forcément amener une perturbation dans tout le système nerveux. J'ai observé, dans ces conditions, des cas d'irritabilité morale qui dégénéraient plus tard en mépris et en aversion réciproques des deux époux. Je ne voudrais même pas dire que les conséquences ne puissent être quelquefois bien plus funestes. Je puis affirmer que, dans plus d'un cas de séparation entre mari et femme, pour cause d'incompatibilité de caractère, le point de départ des troubles intérieurs et de la séparation était le fait que nous étudions en ce moment. Localement, ces accidents sont quelquefois sérieux. Presque toujours, le vagin est rouge et congestionné, il est ramolli et donne lieu à un écoulement abondant. La malade accuse une gêne dans le bassin, des douleurs passagères dans les reins, et des douleurs locales qui appellent son attention sur ces parties. Quelquefois il y a, de plus, de l'irritation de vessie. Ces divers accidents locaux peuvent exister sans même qu'il y ait eu introduction du membre viril. Je traiterai plus au long cette question dans le chapitre du vaginisme (1).

« Enfin, comme dernière cause d'affections utérines, il faut citer certains changements anatomiques et pathologiques des organes, comme l'occlusion du canal qui traverse le col de l'utérus.

(1) Voyez Bergèret, *Des fraudes dans l'accomplissement des fonctions génératrices*, 3^e édition. Paris, 1870.

ARTICLE IV

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic des affections utérines réclame tout à la fois de l'expérience et de l'habileté de la part du médecin. Les données pour l'établir se tirent de trois sources principales :

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

§ I. — Symptômes.

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

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

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

1° Toucher vaginal.

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

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

[[Voici quelques détails que j'emprunte à M. le docteur Gallard (1).

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

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

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris, 1873.

« Le col quoique souple présente une certaine résistance élastique. Sa surface est lisse ; la muqueuse très-adhérente au tissu musculaire ne glisse pas sur lui ; elle est à peine sensible au toucher.

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

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

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

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

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

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

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

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

tendue ; dans quel état se trouvent le col et le corps, s'il y a écoulement de sang, et enfin s'il existe quelque polype ou excroissance fongueuse.

2° Palpation abdominale.

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

3° Toucher rectal.

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

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

[[4° Toucher rectal et vaginal combinés.]]

[[« Après le toucher vaginal et le toucher rectal, il y a lieu de dire un mot de ces deux modes d'exploration combinés. — Voici l'opinion de M. Gallard (1) à ce sujet.

« Lorsqu'il s'agit, dit-il, d'une affection intéressant le système génital interne, je ne pratique que très-exceptionnellement le toucher rectal indépendamment du toucher vaginal, que je réserve plus spécialement pour l'examen des lésions qui me paraissent ne devoir intéresser que le rectum. — Je préfère alors combiner le toucher rectal au toucher vaginal et alors, au lieu d'introduire nécessairement le même doigt dans chacun des conduits, j'y introduis simultanément deux doigts différents. On a conseillé de se servir à la fois des deux indicateurs ; mais en occupant ainsi ses deux mains, on se prive de la précieuse ressource du palper hypogastrique, il vaut donc infiniment mieux employer deux doigts de la même main, je conseille alors de se servir du médius que l'on introduira dans le rectum, tandis que l'indicateur le sera dans le vagin.

« Les parties que l'on peut surtout explorer par la combinaison du

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. 1873.

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

5° Sondes, dilatateurs, trocarts.

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

La sonde utérine, telle que l'ont modifiée Kiwisch (fig. 1) et Valleix (fig. 2), est une mince tige d'argent emmanchée d'un côté dans une poignée de bois, et recoubée à son autre extrémité pour répondre à l'angle formé par le col de l'utérus et le vagin ; le bois du manche est lisse d'un côté et dentelé sur l'autre face, de manière qu'on puisse reconnaître le côté de la pointe de l'instrument. La tige est divisée en centimètres et présente, à 7 centimètres $\frac{1}{2}$ de son extrémité, une légère élevation ou une encoche pour marquer la profondeur normale de la cavité utérine. Introduit le long du doigt à la partie supérieure du vagin, la pointe dirigée en avant, pour peu qu'on prenne quelques précautions, on le dirige à peu près directement sur le col ; on lui fait franchir le col sans grande difficulté et arriver jusqu'au fond de la matrice. Si l'extrémité venait à s'engager dans un des replis de la membrane muqueuse, il faudrait retirer légèrement l'instrument en arrière, et ne jamais user de force pour le faire passer. Du reste, le fait même d'une difficulté d'introduction devrait amener tout de suite

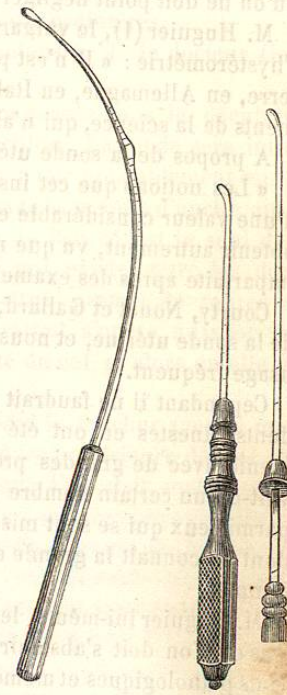


Fig. 1. — Sonde utérine de Kiwisch. Fig. 2. — Sonde utérine de Valleix.

à examiner avec soin quelle est la cause de cette difficulté. A l'aide de ce cathéter utérin, on peut donc reconnaître s'il y a rétrécissement de la cavité du col, les cas de déviation du corps, le ramollissement de la muqueuse interne, et les divers degrés de mobilité de l'utérus ; on peut de même diagnostiquer les fungus ou les polypes, les rétroflexions ou antéflexions ; et, dans quelques cas de tumeurs abdominales, on peut décider si elles sont utérines ou ovariennes.

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

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

M. Huguier (1), le vulgarisateur de cette méthode, dit dans son livre sur l'hystérométrie: « Il n'est peut-être pas aujourd'hui en France, en Angleterre, en Allemagne, en Italie, un seul gynécologue, suivant les mouvements de la science, qui n'ait recours au cathétérisme utérin. »

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

« Les notions que cet instrument nous permet d'acquérir, sont souvent d'une valeur considérable et d'une nature telle que nous ne pourrions les obtenir autrement, vu que nous n'arriverions qu'à une connaissance bien imparfaite après des examens répétés. »

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

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

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

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

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

reuse, mais la plus formelle des contre-indications, c'est l'état de grossesse.»

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

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

M. Marion Sims (1) se sert d'une sonde flexible en argent, à laquelle il donne au moment même la courbure voulue.

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

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

« Pour le cathétérisme utérin la femme sera placée dans le décubitus dorsal, dans la même position que pour le spéculum. La sonde sera introduite ensuite dans la cavité utérine, soit après avoir préalablement mis le col à découvert au moyen du spéculum; soit sans le secours d'aucun autre instrument. Dans le premier cas le spéculum de Ricord est le seul dont on puisse faire usage, à cause de la rainure qui existe entre les deux valves dans toute la longueur du spéculum, et qui permet de retirer cet instrument en laissant la sonde en place, le retrait s'opère aussitôt que le bec de la sonde a été introduit dans la cavité du col, et alors qu'elle y a pénétré de 2 à 3 centimètres seulement.

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

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

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

(2) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris, 1873.

on procédait ainsi, on ferait décrire au bec de la sonde un arc considérable (fig. 3), et qui en passant dans une cavité aussi étroite que celle du col ou même du corps de la matrice dont les parois sont rapprochées au contact l'une de l'autre, y déterminerait des désordres ou tout au moins des froissements pénibles et douloureux.

« Il faut au contraire considérer le bec de la sonde comme un centre immobile, et faire décrire le mouvement d'arc de cercle au manche de l'instrument et alors le bec pourra être porté dans les diverses directions suivant lesquelles il devra se présenter dans le canal cervico-utérin pour y pénétrer plus profondément sans exercer aucune déchirure, aucun froissement.

« La figure 4 indique comment ce mouvement doit être exécuté.

« La sonde pénètre en général facilement dans le col, ce n'est qu'au niveau de l'orifice interne, qu'on éprouve presque toujours une certaine difficulté à pénétrer dans la cavité utérine. Il arrive assez souvent que cet orifice interne présente une coarctation telle, qu'il est impossible de le franchir; dans ce cas, plus le cathétérisme se rapprochera de l'époque des règles, plus il deviendra facile.

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

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

Pour arriver au diagnostic des maladies utérines, il est encore très-utile de pouvoir dilater le col et l'orifice du col; on peut ainsi, avec le doigt, sonder ce col, ou du moins la partie inférieure de ce col, et reconnaître l'existence soit d'une ulcération, soit d'un polype. Pour arriver à cet examen, Simpson fait usage d'une série de petites éponges (fig. 5) préparées, de plus en plus grosses, jusqu'à ce qu'il ait obtenu le degré voulu de dilatation. Protheroe Smith a imaginé aussi un instrument au moyen



Fig. 3. — Arc de cercle que parcourt le bec de la sonde quand on la retourne simplement pour changer sa direction.

duquel il dilate instantanément le col: c'est quelque chose d'analogue aux tenettes qu'on emploie pour saisir et extraire la pierre dans la litho-

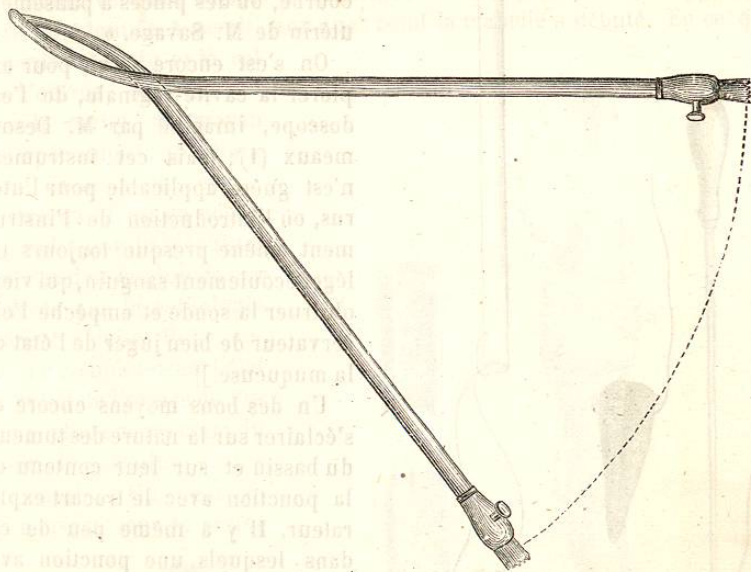


Fig. 4. — Mouvement à imprimer au bec de la sonde utérine pour changer sa direction en déplaçant le moins possible son extrémité qui est introduite dans l'utérus.

tritie. Je préfère l'éponge préparée: c'est un procédé plus lent, mais plus sûr, moins irritant, et je le crois aussi plus efficace.

[[Dans un grand nombre de cas, on peut remplacer avec avantage l'éponge préparée par une tige de laminaria digitata, qui a la propriété d'augmenter considérablement de volume sous l'influence de l'humidité. Les tiges dont on se servit tout d'abord, étaient pleines et présentaient, entourant l'une de leurs extrémités, un fil destiné à les retirer de la cavité du col après qu'elles avaient agi, aujourd'hui elles présentent un canal dans toute leur longueur, et le fil n'entoure plus la tige. La dilatation étant, à cause de cette double disposition, plus considérable que dans le premier cas (fig. 6).

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

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

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

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

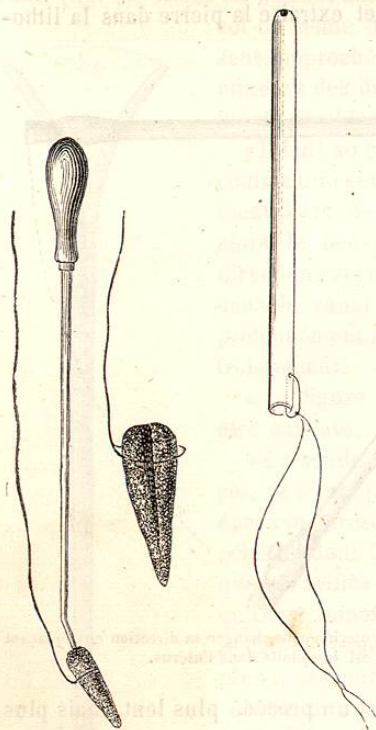


Fig. 5. — Instrument pour l'introduction de l'éponge préparée dans la cavité du col.

Fig. 6. — Tente de Laminaria digitata de Greenhalgh.

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

Un des bons moyens encore de s'éclaircir sur la nature des tumeurs du bassin et sur leur contenu est la ponction avec le trocart explorateur. Il y a même peu de cas dans lesquels une ponction avec une aiguille fine puisse être nuisible, et dans la plupart des cas, au contraire, cette exploration met à même de décider si l'on doit inciser pour vider la tumeur ou s'il faut avoir recours à d'autres moyens de traitement. Le procédé de la ponction exploratrice a toujours une

grande valeur comme moyen de diagnostic : mais il peut acquérir une importance extrême dans les cas de tumeurs venant compliquer le travail de l'accouchement.

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

§ III. — Examen au spéculum.

Comme on le voit, les moyens de diagnostic sont nombreux et importants. Par le vagin et le rectum on examine le vagin et l'utérus, dilaté à

(1) Desormeaux, *De l'endoscope*. Paris, 1865.

l'avance, si c'est nécessaire : à ces procédés on ajoute le palper abdominal, l'examen microscopique et chimique des produits de l'écoulement, et l'on arrive à une somme de renseignements importants. Il manque encore une donnée, à savoir, sur quel point la maladie a débuté. En ce qui regarde le vagin et le col de l'utérus, on peut en grande partie, au moyen du spéculum, suppléer à cette absence de renseignements. C'est en effet à l'introduction du spéculum que l'on doit la plupart des progrès que la pathologie utérine a faits. Pour apprécier complètement l'état du col et de l'orifice de l'utérus, plus encore celui du vagin, le spéculum est indispensable. On peut en faire usage sans le moi-

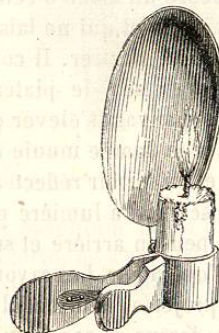


Fig. 7. — Réflecteur pour éclairer le vagin.

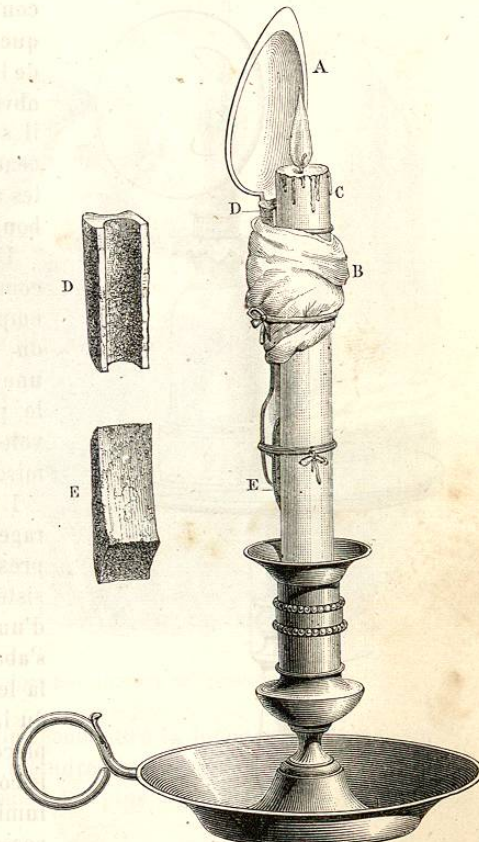


Fig. 8. — Cuiller adaptée contre une bougie pour servir de réflecteur (*).

dre embarras, et, pour éviter que l'application ne soit douloureuse, il suffit d'adapter avec soin le volume de l'instrument au diamètre de l'organe. Le point capital est d'avoir, si c'est possible, un rayon de soleil. A la lumière artificielle (fig. 7), ou à un jour modéré, on peut bien encore reconnaître les grosses altérations; mais, à moins d'une vive lumière, on ne peut reconnaître les modifications peu importantes subies par les organes.

(*) A, cuiller. — B, bande de linge. — C, bougie. — D, tasseau de liège s'appliquant à la partie médiane de la cuiller. — E, tasseau de liège s'appliquant à la partie inférieure de la cuiller.