

Tous ces modes de déviations ou de déplacements peuvent exister isolément ou se combiner de diverses façons, et donner naissance ainsi à des formes intermédiaires multiples.

Les lésions les plus fréquentes de toutes sont d'abord *l'abaissement*, puis *l'antéversion*.

Pour reconnaître ces déviations, on met en usage le palper abdominal associé au toucher vaginal et rectal, la femme étant examinée alternativement debout et couchée.

## II. EXPLORATION CLINIQUE

Nous décrirons les principaux modes d'exploration des voies génitales de la femme, dans l'ordre rationnel de leur emploi *dans la pratique médicale journalière*; mais, au préalable, nous indiquerons quelles sont les positions que l'on peut ou que l'on doit donner à la malade pour procéder à ces diverses explorations.

### I. POSITIONS A DONNER AUX MALADES POUR L'EXPLORATION

Elles sont au nombre de cinq : la *station debout*, le *décubitus dorsal* ou *postérieur*, le *décubitus latéral simple*, la *position de Sims*, et le *décubitus ventral* ou *antérieur*.

*1<sup>re</sup> position* : La *station debout*;

C'est la position la plus favorable pour pratiquer le *toucher*, car généralement lorsqu'une lésion existe (déplacements, déviations, etc.), c'est dans cette attitude qu'elle est le plus accentuée et aussi qu'elle est le mieux appréciable

par le médecin; d'autre part, c'est la position la plus simple, et, par conséquent, celle à laquelle les malades se soumettent le plus aisément.

Pour faire le *toucher*, la femme étant debout, il faut appuyer la malade contre un plan résistant, pour l'empêcher de fuir devant le doigt explorateur, et lui recommander, en outre, de porter le tronc un peu en avant, tandis que les jambes sont écartées et légèrement fléchies.

Dans la station debout, la *tension des parois* abdominales et la *pression intra-abdominale* atteignent leur maximum d'intensité : c'est donc la position la plus défavorable pour le *palper*, qui nécessite le relâchement le plus complet possible de la paroi antérieure.

*2<sup>e</sup> position* : Le *décubitus dorsal* ou *postérieur*;

Cette position est la plus commode pour l'application du *spéculum* et pour le *palper abdominal*; on l'emploie aussi pour pratiquer le *toucher vaginal* et le *toucher rectal*.

Dans tous les cas, la malade doit *reposer à plat* sur le dos, la *tête pas trop élevée*, les *cuisse écartées et fléchies*, les  *pieds appuyés*, ou parfois même soutenus par des aides. Cette position prise dans le lit suffit lorsqu'on ne veut faire que le *toucher vaginal* ou le *toucher rectal*; dans ces deux cas, la malade ne doit pas être découverte.

Pour faire l'application du *spéculum*, la malade se place sur le bord du lit dans la position que nous venons de décrire; mais il est utile de glisser préalablement sous le siège et au-dessous du matelas, un *corps résistant* quelconque, une planchette par exemple. On laisse reposer les pieds de la femme généralement sur deux chaises, ou encore sur les genoux de l'opérateur. Il est souvent préférable, pour disposer d'un meilleur éclairage, de coucher la

patiente sur une table, la tête ne reposant que sur un ou deux oreillers.

Dans le décubitus dorsal, la *tension des parois* et la *pression intra-abdominale* sont *moindres* que dans la I<sup>re</sup> position, sans atteindre cependant leur minimum d'intensité.

Parfois, le décubitus dorsal est modifié en relevant davantage les membres inférieurs, que l'on fait maintenir alors par des aides comme pour l'*opération de la taille*.

### III<sup>e</sup> position : Le décubitus latéral simple ;

Dans cette position, la malade est couchée sur l'un de ses côtés, les bras étant relevés, les deux jambes modérément et également fléchies.

Le décubitus latéral simple est principalement utilisé, comme nous le verrons plus loin, dans la *percussion* de l'abdomen ; on peut cependant aussi s'en servir pour atteindre, par le toucher rectal, une tumeur située latéralement.

### IV<sup>e</sup> position : La position de Sims ;

C'est une forme de décubitus latéral modifié par Sims. La femme est toujours couchée sur le *côté gauche* ; les cuisses sont *fléchies à peu près à angle droit* sur le bassin, la droite un peu plus que la gauche (entre les genoux, on place souvent un coussin) ; de plus, le bras gauche de la malade est rejeté en arrière et la *poitrine est inclinée en avant*.

Par cette dernière précaution, la position de Sims se rapproche beaucoup de la position sur les coudes et les genoux (V<sup>e</sup> position) ; en effet, par la situation relative de la poitrine et de l'abdomen, la pression intra-abdominale peut tomber au-dessous de la pression atmosphérique, à la condition que la *respiration se fasse librement*.

Cette position est surtout employée dans l'application du spéculum *univalve*.

V<sup>e</sup> position : Le *décubitus ventral* ou *antérieur*, ou *position sur les coudes et les genoux* ;

La malade est placée sur les coudes et les genoux, mais de telle façon que *le thorax soit situé plus bas que le bassin* ; dans ces conditions, la pression intra-abdominale est inférieure à la pression atmosphérique, et elle atteint sa valeur *minima*.

Cette position est utilisée, comme la précédente, pour certaines explorations et opérations (opération de la fistule) à pratiquer sur les parois du vagin ; elle facilite aussi la réduction des rétroversions et des rétroflexions.

## 2. TOUCHER VAGINAL

C'est le mode d'exploration le *plus utile*, le *plus simple* et le *plus rapide* ; c'est aussi le *moins désagréable* pour la malade.

On le pratique dans la I<sup>re</sup> ou dans la II<sup>e</sup> position ; il est même souvent utile d'employer successivement les deux procédés : en effet, le toucher, la femme étant debout, donne des notions très exactes sur la *situation* et l'*état organique* de l'utérus, tandis que le toucher, la femme étant couchée, permet de faire avec plus de soins quelques autres recherches, particulièrement par le toucher et le palper abdominal combinés.

D'ailleurs, la situation de l'utérus peut notablement varier dans ces deux positions par suite de la différence de pression et de l'action de la pesanteur : une *antéversion*, par exemple, dans la station debout, peut devenir une *rétroversion* dans le décubitus dorsal.

Quelle que soit la position choisie, on doit porter le *bord externe de l'index*, préalablement lavé et enduit d'huile ou de vase-

line phéniquées<sup>1</sup>, sur le périnée de la malade; le doigt ramené en avant dépasse la fourchette, puis est poussé de bas en haut et d'avant en arrière, dans la direction de l'axe du vagin; pendant cette opération, le pouce est dirigé vers le sommet de la vulve, en évitant le contact des organes; les trois autres doigts sont portés en arrière.

Dans des cas exceptionnels, il est utile d'introduire deux doigts dans le vagin (le médus et l'index); on peut ainsi mieux apprécier divers détails, tels que les dimensions d'une tumeur, etc., et l'on atteint plus facilement le col dans certaines déviations utérines. Lorsqu'on veut pénétrer profondément dans le bassin, il faut abaisser le coude, et porter le doigt explorateur dans la direction de l'ombilic.

Comme il arrive assez souvent que l'on a à toucher les malades couchées, il est indispensable de savoir se servir indifféremment de la main droite et de la main gauche; on fait usage de la main droite si on est placé à droite de la malade; de la main gauche, lorsqu'on se trouve à sa gauche.

Le toucher vaginal est de tous les moyens d'exploration des organes génitaux de la femme le plus utile et le plus fréquemment indiqué, car il peut fournir des renseignements qu'aucun autre ne saurait donner, et de plus il est toujours *immédiatement applicable*, ce qui est d'une grande importance pratique.

On associe assez souvent le palper abdominal au toucher vaginal (voir ci-dessous).

Lorsqu'on a des raisons de soupçonner une affection de nature syphilitique, il est prudent de procéder à l'inspection des parties génitales avant de pratiquer le toucher, et de ne

<sup>1</sup> On peut se servir du mélange suivant :  
Acide phénique cristallisé  
Vaseline pure

1 gramme.  
200 grammes.

faire celui-ci qu'en s'entourant de toutes les précautions nécessaires.

Par le toucher vaginal, on explore :

Les *grandes lèvres* et la *vulve* (œdème, gonflement, température, sensibilité); la *muqueuse vaginale* (sécheresse, humidité, granulations, etc.); l'*utérus*, au point de vue de sa situation, sa direction, son volume, sa consistance (ramollissement ou induration), son degré de mobilité dans le petit bassin, son poids, sa vacuité ou sa réplétion, sa sensibilité; on constate aussi l'existence d'une grossesse, l'existence ou l'absence de gestations antérieures, l'atrésie, l'hypertrophie, la déformation ou l'atrophie du col, l'existence de proliférations ou de dégénérescences de mauvaise nature, d'excavations, de *sécrétions* muqueuses, muco-purulentes, sanguinolentes, etc.

C'est encore par le toucher vaginal que l'on peut explorer le *bas-fond de la vessie*, la cloison *vésico-vaginale*, la sensibilité de l'*urètre*; l'état des *ovaires*, des *trompes*, des *ligaments larges* et du *péritoine pelvien* par l'examen des culs-de-sac; enfin, c'est le toucher qui indique, par le plus ou moins d'effacement du col, le moment plus ou moins rapproché de l'*accouchement*, etc.

Pour apprécier le *poids* de l'utérus, on appuie le doigt sur l'extrémité inférieure du col et on repousse l'organe *de bas en haut*.

Pour constater son degré de *mobilité*, au contraire, on cherche à lui imprimer des mouvements de bascule, soit dans le sens *antéro-postérieur*, soit *latéralement*.

### 3. PALPER ABDOMINAL

La malade est placée dans le *décubitus dorsal* (II<sup>e</sup> position); on lui recommande de respirer largement, la bouche

ouverte, de manière à relâcher les muscles abdominaux. Puis on pratique la palpation superficielle et profonde, en procédant de haut en bas, c'est-à-dire de l'épigastre au pubis. (*Pour la technique de la palpation, voir ce que nous en avons dit antérieurement.*)

Cette exploration est souvent rendue difficile, sinon impossible, par la contraction persistante des muscles abdominaux. Pour éviter cet inconvénient, il faut faire inspirer fortement et lentement, et suivre les parois pendant plusieurs expirations; la main ne quitte pas le point exploré, et presse d'une façon régulière et constante au moment, et surtout à la fin, de la deuxième ou de la troisième expiration. Parfois, on ne peut arriver à une exploration suffisante que sous l'influence du sommeil anesthésique.

Le palper abdominal donne surtout les meilleurs renseignements lorsqu'on l'associe au toucher vaginal; grâce à ces deux moyens combinés, on arrive à saisir les organes pelviens entre la main appliquée sur l'abdomen et le doigt introduit dans le vagin. On peut ainsi apprécier la surface et les dimensions de l'utérus, ainsi que le volume et les limites de tumeurs développées dans la cavité abdominale.

La palpation permet encore d'explorer la sensibilité de l'abdomen, de rechercher l'existence de la fluctuation, etc.

Il est utile dans certains cas de pratiquer le palper en faisant varier la position de la malade, surtout pour rechercher la présence de liquide épanché dans l'abdomen.

Lorsque le liquide est *peu abondant*, on emploie le procédé suivant: Après avoir fait prendre à la malade le décubitus latéral, on explore la partie la plus déclive de l'abdomen en appliquant le pouce et le médius à une certaine distance l'un de l'autre, tandis qu'on percute légèrement au moyen de

l'indicateur; s'il y a du liquide, le pouce et le médius éprouvent la *sensation de flot* ou de *fluctuation*.

Avant d'interpréter les signes recueillis à la palpation, il faut toujours tenir compte de l'épaisseur des parois abdominales (ce que l'on fait en les saisissant entre le pouce et les quatre autres doigts); il faut de plus éviter quelques causes d'erreur parmi lesquelles nous citerons: la tension des muscles abdominaux, la réplétion de la vessie, et enfin l'accumulation des matières fécales dans le rectum.

On évite la première par les moyens que nous avons indiqués plus haut; quant aux deux autres, on les évite soit en pratiquant le cathétérisme, soit en faisant administrer un lavement ou un purgatif.

#### 4. INSPECTION DE LA RÉGION VULVAIRE

L'examen des organes génitaux externes et de la région qui les avoisine doit se faire préalablement à l'application du spéculum. Il permet de constater certaines difformités du bassin; les courbures des membres inférieurs; l'état d'embonpoint ou d'émaciation du sujet; l'aspect, la forme et les dimensions du ventre, la coloration de la ligne blanche, la présence ou l'absence de vergetures<sup>1</sup>; l'état du périnée, de la région inguinale, de la face interne des cuisses (hernies, abcès, cicatrices, exanthèmes); du côté de l'anus, l'existence ou l'absence d'hémorroïdes, de fissures, d'ulcérations, de condylomes; la couleur, l'aspect et l'épaisseur des grandes lèvres, l'état de la fourchette vulvaire, la nature des liquides s'écoulant par la vulve (mucus, sang, pus), etc.

<sup>1</sup> Les vergetures peuvent se produire à la suite de toute dilatation excessive de l'abdomen (ascite, tumeur, obésité), aussi bien chez l'homme que chez la femme; généralement elles apparaissent dans la seconde moitié de la grossesse; parfois cependant, elles font complètement défaut, malgré un ou plusieurs accouchements.

L'absence de vergetures ne permet donc pas de conclure à la non-existence de grossesses antérieures, et leur présence ne suffit nullement à démontrer qu'il y ait eu grossesse.

## 5. EXAMEN AU SPÉCULUM

Si après avoir fait le toucher vaginal, on n'a pas obtenu tous les renseignements désirables sur l'état des parties profondes, on procède à l'application du spéculum.

Il existe un très grand nombre de ces instruments ; mais ils peuvent être généralement rapportés à cinq types principaux dont nous allons donner les caractères particuliers et le mode d'emploi :

## 1. Le spéculum de Récamier.

C'était le type le plus répandu ; il se compose d'un tube métallique, creux, présentant la forme d'un cône tronqué, muni à sa base d'un manche, fixé à angle droit, et contenant un mandrin en bois, à extrémité arrondie, destiné à faciliter l'introduction de l'instrument.

Pour appliquer ce spéculum, la malade est placée dans le décubitus dorsal, tel qu'il a été décrit plus haut ; l'instrument est légèrement chauffé et enduit d'un corps gras ; puis le médecin écarte au moyen de deux doigts de la main gauche les grandes lèvres, et introduit de la main droite le spéculum muni de son embout en le poussant d'avant en arrière et de bas en haut, *et en faisant porter toute la pression nécessaire sur la commissure postérieure de la vulve*, qui est beaucoup moins sensible que la commissure antérieure.

Dès que l'extrémité du spéculum a dépassé la vulve et qu'elle se trouve engagée dans le conduit vaginal, on retire le mandrin, et l'on voit au fond de l'instrument une *ligne transversale* formée par l'accolement des parois du vagin. Cette ligne servira de point de repère pour arriver sûrement au col de l'utérus ; il suffit pour cela de diriger l'instrument de telle manière qu'elle occupe toujours le milieu de l'espace

laissé libre par le spéculum : si la muqueuse paraît unie et tendue, c'est que la direction imprimée à ce dernier n'est pas bonne, et il faut le retirer pour en recommencer l'application.

On a confectionné des spéculums d'une forme analogue, en bois et en ivoire ; ces instruments ont l'avantage d'être mauvais conducteurs de la chaleur et sont employés, en conséquence, pour les cautérisations au fer rouge.

## 2. Le spéculum de Fergusson.

C'est un spéculum presque cylindrique dont la paroi externe est en caoutchouc durci, tandis que la paroi interne est formée par une véritable glace ; son extrémité utérine est taillée en bec de flûte ; l'extrémité opposée est évasée en forme de pavillon.

Pour l'appliquer, on dirige la partie la plus longue en haut et la plus courte vers la commissure postérieure de la vulve, *sur laquelle doit porter toute la pression*. Dès que l'anneau vulvaire est franchi, on fait faire un demi-tour au tube, de façon que la portion la plus longue de l'instrument vienne se loger en arrière du col, dans le cul-de-sac postérieur.

Quelques auteurs conseillent d'introduire ce spéculum en appuyant, au contraire, la partie la plus longue contre la commissure postérieure ; ce procédé nous paraît moins recommandable parce que, dans ces conditions, les organes formant la commissure antérieure de la vulve viennent se loger dans la portion évasée de l'instrument, ce qui rend sa pénétration très malaisée, et en même temps très pénible pour la malade.

Le spéculum de Fergusson est d'un entretien facile et donne un éclairage excellent ; le principal inconvénient qu'il

présente, c'est que son application est toujours  $\pm$  douloureuse, quelles que soient les précautions que l'on prenne.

### 3. Le spéculum de Ricord.

Il représente le type des spéculums à valves et à mandrin; ils sont tous composés d'un certain nombre de valves, mobiles au moyen de leviers ou de vis, et d'un embout de petit calibre à extrémité arrondie autour duquel les valves (2, 3 ou 4) viennent se réunir.

On introduit complètement l'instrument fermé; puis on écarte les valves et l'on retire l'embout. Les spéculums de Guérin, de Bozeman, de Demouy, de Gemrig sont faits d'après le même principe que le spéculum de Ricord.

### 4. Le spéculum de Cusco.

Cet instrument, quoique appartenant aussi au groupe des spéculums à valves, mérite cependant une mention spéciale à cause de sa simplicité, de la facilité de son application, et du petit volume qu'il occupe lorsqu'il est fermé.

Les valves sont au nombre de deux et elles sont taillées en forme de bec de canard; on introduit l'instrument complètement fermé, et on ne l'ouvre que lorsqu'on a atteint le fond de la cavité vaginale; les valves peuvent subir un écartement très considérable et elles sont maintenues dans leur position au moyen d'une vis. Il faut avoir soin de ne pas fermer complètement le spéculum au moment de le retirer, afin de ne pas pincer la muqueuse vaginale.

Les spéculums à valves présentent plusieurs avantages:

Le même instrument peut être utilisé quelle que soit l'ouverture que l'on veuille obtenir;

Le spéculum, une fois appliqué, tient en place et laisse à l'opérateur le complet usage de ses mains;

Enfin, l'application de ces instruments n'est jamais douloureuse.

### 5. Le spéculum de Sims (*spéculum univalve*).

Pour appliquer ce spéculum, la femme est placée dans le décubitus latéral gauche (*position de Sims*).

L'index de la main droite étant appliqué le long de la valve, on introduit celle-ci avec précaution, en comprimant la fourchette et la paroi postérieure du vagin; lorsqu'on est sûr que l'extrémité de la valve est logée derrière le col, on retire le doigt et l'on fait tenir la branche de l'instrument par un aide, en ayant soin d'appuyer toujours fortement sur le périnée.

### 6. CATHÉTÉRISME DE LA CAVITÉ UTÉRINE

On se sert généralement soit de tiges métalliques légèrement recourbées à leur extrémité et nommées hystéromètres (d'Huguier, de Valleix, de Sims, de Terrillon), soit de stylets flexibles ou de bougies semblables à celles employées pour l'urètre de l'homme. Ces dernières sont introduites dans le col au moyen de pinces à pansement; lorsqu'elles ont atteint le fond de l'utérus, on les reprend avec la pince, au niveau de l'orifice du museau de tanche, et l'on mesure le segment correspondant à la profondeur de la cavité.

Voici les règles du cathétérisme de l'utérus:

1. Il faut toujours s'assurer au préalable que la femme n'est pas enceinte;

2. Ne pas employer le cathétérisme s'il y a des traces d'inflammation des organes génitaux internes (utérus, ovaires, ligaments larges);

3. Mettre le plus grand soin au passage de la sonde dans les deux orifices, et surtout dans l'orifice interne;