

4. Prendre les précautions antiseptiques ou aseptiques les plus complètes.

Le cathétérisme *utérin* peut se pratiquer avec ou sans l'aide du spéculum; lorsqu'on se sert d'un spéculum, il faut le retirer dès que l'extrémité de la sonde a pénétré dans le col.

Pour appliquer l'hystéromètre sans l'aide du spéculum, on guide le bec de l'instrument sur l'index de la main gauche, introduit dans le vagin.

L'hystérométrie renseigne sur l'état de la cavité du col et du corps de l'utérus, sur leurs dimensions, la direction de leur axe, les déviations qu'ils peuvent avoir subies, l'existence de tumeurs dans la cavité du col.

Elle permet aussi de redresser l'utérus dans les cas de version.

#### 7. DILATATION DU COL DE L'UTÉRUS

Elle a pour but, soit d'explorer la surface interne de l'utérus *par la vue* (au moyen de spéculums spéciaux) ou *par le toucher* (au moyen de l'index), soit d'y faire pénétrer des instruments destinés à la recherche et à l'extraction de polypes, de fongosités, de débris placentaires, etc.

Il y a trois procédés principaux :

a) La **dilatation progressive**, se faisant comme la dilatation de l'urètre chez l'homme, par l'introduction de *sondes rigides* ou de *bougies de plus en plus volumineuses* dans la cavité cervicale.

Ce procédé permet d'obtenir une dilatation assez considérable en moins d'une heure; il suffit de laisser chaque sonde pendant quelques minutes en place avant d'introduire la sonde suivante.

b) La **dilatation brusque** par les *instruments dilateurs* à branches divergentes (dilateur de Sims, etc.).

c) La **dilatation graduelle** par les *substances absorbant les liquides*; on emploie à cet effet des tiges de *gentiane*, de *laminaria digitata*, de *tupelo* (racine de la *nyssa aquatica*), ou des cônes d'*éponge préparée*.

Ces diverses préparations sont portées jusque dans le col au moyen de la pince à pansement; parfois (surtout en ce qui concerne la *laminaria*), on est obligé d'appliquer sur le col, après leur introduction, un certain nombre de tampons d'ouate pour éviter qu'elles ne soient expulsées de la cavité cervicale avant que la dilatation soit obtenue.

Les *cônes d'éponge préparée* doivent séjourner de dix à douze heures dans le col, pendant lesquelles il se produit quelques douleurs; ils provoquent une dilatation assez considérable, mais présentent deux inconvénients: le premier, c'est qu'une partie du cône, après la dilatation, peut rester dans l'utérus à l'insu du médecin et amener des accidents graves; le second, c'est la mauvaise odeur que l'éponge préparée contracte et qu'elle communique aux liquides qui s'écoulent.

La *laminaria* dilate moins que l'éponge (on peut obvier à cet inconvénient en réunissant en faisceau plusieurs tiges assemblées), mais ne présente pas les deux inconvénients sérieux que nous venons de signaler; de plus, la dilatation est plus rapidement terminée; 6 ou 8 heures après l'introduction de la *laminaria*, le résultat est généralement suffisant; il n'y a, cependant, aucun inconvénient à la laisser séjourner plus longtemps, 24 heures même, si l'on veut obtenir une dilatation plus considérable.

Les tiges de *nyssa* dilatent plus rapidement encore; en

3 ou 4 heures, le canal cervical est assez élargi pour permettre l'introduction de l'index.

Dans toutes ces opérations, il est nécessaire de prendre les précautions antiseptiques les plus minutieuses; à ce point de vue, l'usage des bougies et surtout des dilateurs métalliques est de beaucoup préférable.

Quant à l'exploration de la cavité de la matrice, après la dilatation du col, on la pratique soit par l'application du spéculum intra-utérin, qui ne donne que des renseignements fort incomplets, soit par l'introduction du doigt, ce qui permet d'explorer la paroi interne de l'utérus d'une manière directe et beaucoup plus certaine.

Il est inutile d'ajouter que la dilatation du col exige les mêmes réserves que le cathétérisme utérin; il est donc prudent de ne la pratiquer *comme moyen d'exploration, et en dehors des cas urgents*, que pendant la première ou la deuxième semaine après l'apparition des règles, et après avoir reçu de la malade l'assurance qu'elle n'a pas eu de rapports sexuels depuis cette époque.

#### 8. TOUCHER RECTAL

La malade est placée dans le décubitus dorsal ou dans le décubitus latéral simple; le doigt est porté en arrière et en haut pour franchir le sphincter et pénétrer dans le rectum. A 3 ou 4 centimètres de l'anus, on sent une sorte de tumeur arrondie qui n'est autre chose que le *col utérin*. Au-dessus, on explore les *ligaments sacro-utérins*, la *face postérieure* et les *bords latéraux de l'utérus*. Pour faire cet examen complètement, il est utile d'opérer simultanément une légère pression sur l'abdomen de manière à refouler les organes en arrière, sauf dans les cas de rétroversion ou de rétroflexion.

Le toucher rectal combiné à la pression sur les parois de l'abdomen permet aussi d'explorer les *ligaments larges*, les *trompes*, les *ovaires*.

Lorsqu'on veut explorer la paroi *recto-vaginale*, on introduit l'index dans le rectum et le pouce dans le vagin; on peut parfaitement explorer de cette manière les tissus séparant les deux cavités.

Avant de pratiquer le toucher rectal dans le but qui nous occupe en ce moment, il est indispensable que l'intestin ait été vidé au moyen d'un lavement.

On a proposé de pratiquer, dans des cas exceptionnels, le toucher rectal au moyen de plusieurs doigts ou même de la main tout entière introduite dans le rectum. Pour cela, la malade doit être chloroformée et l'intestin préalablement vidé; on introduit ensuite deux doigts, puis trois, puis quatre; enfin, par une série de mouvements de rotation, toute la main disposée en forme de cône finit par pénétrer dans l'ampoule rectale et peut s'y loger très facilement. A 12 ou 14 centimètres de l'anus se trouve un rétrécissement (admettant à peine trois doigts), qu'il est préférable de ne pas dépasser lorsque l'opération n'est pratiquée que comme *moyen d'exploration*.

Si l'on a lieu de craindre des déchirures à l'anus, il est recommandable de pratiquer préalablement une ou plusieurs petites incisions; celles-ci guérissent en dix ou douze jours, et l'incontinence des matières fécales qui peut être amenée par la dilatation, disparaît rapidement.

On emploie ce moyen d'exploration quand il s'agit de constater les rapports d'une tumeur volumineuse avec les organes génitaux internes, l'utérus en particulier; à moins que l'on ne préfère pratiquer d'emblée la laparotomie

exploratrice, ce qui permet de se rendre compte mieux encore de l'état et des rapports exacts des organes.

#### 9. TOUCHER VÉSICAL

Il est parfois très utile de pouvoir explorer par le toucher la cavité vésicale; ce mode d'examen exige la dilatation préalable du canal de l'urètre.

La malade étant anesthésiée, on opère la dilatation soit par l'introduction de corps spongieux (*laminaria*, éponge préparée), ce qui est un moyen défectueux et trop lent, soit par l'application de dilateurs spéciaux en caoutchouc durci, de forme conique et de diamètres progressivement plus grands. Le dernier procédé est le plus rapide et le meilleur.

Quand on ne dépasse pas certaines limites (5 à 6 centimètres de circonférence), la dilatation est assez facile et n'entraîne pas, *généralement*, l'incontinence d'urine persistante; quoi qu'il en soit, ce moyen d'exploration ne doit être employé qu'en présence d'indications formelles et précises. Après l'opération, il est toujours utile de laver la vessie avec une solution antiseptique.

Le toucher vésical est surtout utilisé dans les affections de la vessie; en l'associant au toucher vaginal, il permet aussi d'explorer la paroi antérieure de l'utérus dans les métrorragies rebelles, dans certains vices de conformation du vagin ou de l'organe utérin lui-même.

#### 10. PERCUSSION DE L'ABDOMEN

La percussion, superficielle ou profonde, se pratique dans le but de diagnostiquer la présence d'un liquide (par les changements de position imprimés à la malade) ou de limiter

une tumeur, etc. Elle se fait d'après les règles que nous avons indiquées antérieurement.

La percussion fournit parfois des caractères différentiels très nets entre l'ascite et les tumeurs de l'ovaire; en effet, en cas d'épanchement, la percussion pratiquée sur la malade dans la *station debout* donne une zone de matité inférieure dont la limite supérieure est concave, à concavité dirigée en haut; au-dessus de cette matité se trouve une zone tympanique correspondant à la masse intestinale; dans le *décubitus dorsal*, la matité occupe une zone circulaire tout autour de l'abdomen, tandis que la région ombilicale est tympanique; enfin, dans le *décubitus latéral*, les parties déclives sont mates, tandis que les parties plus élevées sont tympaniques.

En cas de tumeur ovarique, outre que le *mode de développement* et que les symptômes recueillis par la *palpation*, par le *toucher vaginal*, etc., ne sont pas les mêmes, la percussion donne une zone de matité à peu près invariable dans sa forme, sa situation relative et ses dimensions; elle est limitée ordinairement dans sa partie supérieure par une ligne courbe à convexité dirigée en haut.

#### 11. MENSURATION DE L'ABDOMEN

Pour que la mensuration de l'abdomen donne des renseignements sérieux, elle doit être faite avec beaucoup de soin.

La malade doit se placer à chaque mensuration nouvelle dans une position identique à la première; ensuite, les points de repère doivent être nettement indiqués à chaque opération. On choisit ordinairement dans ce but l'ombilic ou l'appendice xyphoïde, d'une part; les épines illiaques anté-

rieures ou l'apophyse épineuse d'une vertèbre, d'autre part.

Pour comparer les deux moitiés de l'abdomen, on mesure de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic de chaque côté.

Dans l'application de ce procédé, il faut tenir compte de la dilatation possible de la masse intestinale. Il est principalement employé pour suivre le développement d'une tumeur.

#### 12. AUSCULTATION DE L'ABDOMEN

On a recours à ce procédé pour reconnaître l'existence d'une grossesse, et aussi pour déterminer la position de l'enfant (voir pl. I, 1). Dans le cas où la mère aurait un pouls très fréquent et où l'on pourrait soupçonner une simple propagation de bruits, il faudrait tenir le pouls maternel pendant l'auscultation abdominale, et rechercher s'il y a ou non *isochronisme* constant entre les deux ordres de pulsations observés.

Ici se termine notre étude de l'*exploration clinique* du malade, telle qu'elle doit être faite dans la pratique médicale.

Dans la première partie de ce manuel, nous avons exposé les *procédés généraux*, applicables à tous les malades indistinctement, et qui sont de nature à faire découvrir tout au moins l'*appareil* qui est le siège principal de l'affection. Dans la seconde partie, nous avons décrit successivement les moyens d'explorer *chaque appareil, chaque organe en particulier*, et nous avons interprété sommairement les principaux signes qu'ils pouvaient nous fournir.

Grâce aux nombreux renseignements que nous avons donnés, grâce surtout à la *méthode* que nous nous sommes efforcé de mettre en pratique dans toutes nos indications, nous croyons avoir fourni les éléments nécessaires pour faire une exploration clinique raisonnée, et établir un diagnostic précis, en rapport avec les découvertes et les applications les plus récentes des sciences physiques et naturelles.

FIN