

un diagnostic plus précis et une conservation partielle, impossible avec l'hystérectomie vaginale.

On a ouvert par le vagin avec succès certaines de ces collections tubaires; la proximité de la tumeur et des culs-de-sac pourra indiquer particulièrement cette méthode.

Dans les cas d'atrésie latérale, les indications sont celles que nous venons de donner; pour assurer une désinfection complète, nous croyons utile, à l'encontre de Schröder, d'exciser en totalité la cloison vaginale.

Si la dilatation porte sur un segment utérin, l'hystérectomie vaginale nous semble la voie la moins dangereuse.

MALADIES DE L'UTÉRUS

Par le D^r PIERRE DELBET

Professeur agrégé. — Chirurgien des hôpitaux.

EXPLORATION DE L'UTERUS

Les symptômes subjectifs et les troubles fonctionnels que déterminent les diverses affections de l'utérus ont les plus grandes analogies. Il n'est point exagéré de dire qu'il y a plus de différence entre les manifestations symptomatiques d'une même maladie chez différentes femmes qu'entre les symptômes des affections les plus éloignées.

Aussi est-ce surtout sur les signes physiques que se base le diagnostic. Il est donc indispensable de savoir bien faire l'examen de l'utérus. Pour cela, tous les préceptes du monde ne valent pas un peu de cette expérience, qui affine la sensibilité tactile; mais il n'en est pas moins vrai que l'examen doit être pratiqué d'une manière méthodique, et c'est pour cela que les préceptes peuvent être utiles à ceux qui commencent ou ont pris de mauvaises habitudes. Je vais les indiquer très brièvement, en laissant de côté ce qui est connu de tout le monde.

Pour faire l'examen gynécologique, on peut placer la malade dans diverses positions. On peut pratiquer le toucher dans la station verticale. L'examen fait de cette manière a plus d'inconvénients que d'avantages; on ne l'emploie guère que dans certains cas de prolapsus. C'est généralement sur la femme couchée qu'on pratique l'examen. Le toucher peut être fait avec fruit sur une femme placée tout simplement dans le décubitus dorsal. Mais pour faire l'examen au spéculum, pour pratiquer l'hystérométrie, il faut donner à la malade des positions spéciales. La plus usuelle et qui suffit à la grande majorité des cas, c'est la position dite du spéculum ou de la taille; décubitus dorsal; cuisses en flexion et en abduction, jambes pliées, les pieds reposant sur un support. Les tables, lits, fauteuils à spéculum permettent de réaliser cette attitude. Il est quelquefois utile d'exagérer la flexion des cuisses, de façon à ce que leurs faces antérieures viennent toucher l'abdomen; c'est cette attitude qui porte le nom de décubitus ou position sacro-dorsale. Ces deux positions, décubitus dorsal ou sacro-dorsal, suffisent à presque tous les cas. Cependant il peut être avantageux d'avoir recours au décubitus latéral, position de Sims, ou au décubitus génu-pectoral. Ces deux positions ont l'avantage de diminuer ou de supprimer la pression des viscères abdominaux sur le plancher pelvien; mais la dernière doit être évitée autant que possible, car elle est très pénible pour les malades.

L'exploration elle-même comporte trois principaux moyens : l'examen bimanuel, le spéculum, l'hystéromètre.

De ces trois méthodes d'exploration, l'examen bimanuel est de beaucoup le plus important; c'est lui qui fournit les principaux éléments du diagnostic. L'hystérométrie vient ensuite, donnant des renseignements précis, spéciaux et fort utiles. Quant aux innombrables variétés de spéculums, ils rendent de grands services pour les pansements ou les petites opérations; mais pour l'examen de l'utérus, leur importance est très secondaire. On pourrait s'en passer dans la majorité des cas.

L'examen bimanuel doit renseigner le chirurgien sur : 1° la situation de l'utérus; 2° sa forme; 3° ses dimensions approximatives; 4° sa consistance; 5° sa mobilité; 6° sa sensibilité; 7° ses connexions avec les parties voisines, qui sont elles-mêmes ou normales, ou altérées.

L'examen bimanuel se compose du toucher pratiqué d'une main et de la palpation de l'abdomen faite avec l'autre main. La main abdominale, placée à plat entre l'ombilic et le pubis, déprime plus ou moins la paroi. Son rôle est d'abord de maintenir les organes pelviens, de les empêcher de se déplacer vers l'abdomen sous la pression du doigt vaginal. Puis, quand l'examen est plus avancé et qu'on a reconnu la topographie générale, souvent on a à saisir entre la main abdominale et le doigt vaginal les organes ou certaines tumeurs pour en mieux apprécier la forme, la consistance et les connexions.

Le toucher, qui est la partie principale de l'examen bimanuel, peut se faire : 1° par le vagin; 2° par le rectum; 3° par la vessie.

C'est toujours par le toucher vaginal qu'il faut commencer, et il suffit très souvent (1). Je ne parlerai pas ici de certaines règles vulgaires du toucher, je dirai seulement la manière de l'utiliser.

Il est absolument indispensable pour le gynécologue d'avoir les deux mains également exercées à la pratique du toucher. On n'explore bien la moitié droite du bassin qu'avec la main droite, et la moitié gauche qu'avec la main gauche.

L'index, tenu le bord radial en avant, pénètre le long de la fourchette et suit la paroi postérieure du vagin jusqu'à ce qu'il rencontre l'utérus. Si cet organe est en position régulière, la première partie qu'on rencontre est la face antérieure de la lèvre antérieure du col. Il faut alors, tournant un peu l'avant-bras, placer la main en supination légère, de manière que la pulpe de l'index, partie sensible, soit dirigée du côté de l'utérus. En même temps, on déprime la paroi postérieure du vagin sur laquelle repose le museau de tanche, et l'on arrive sur la lèvre postérieure. On peut ainsi faire le tour du col; au centre, on sent l'orifice externe. Tout cela est très facile en général. Cependant, il y a de nombreuses circonstances où le doigt pourrait s'égarer : ainsi, lorsqu'une des lèvres est fortement hypertrophiée ou déformée par une tumeur; ainsi encore lorsqu'un polype à moitié accouché est comme serti par les lèvres amincies du col dilaté. Ce qu'il faut pour s'y reconnaître dans ces cas complexes, c'est une sensibilité tactile aiguë par l'exercice, et un peu de sagacité pour interpréter les signes recueillis par le doigt.

Quoi qu'il en soit, dans ce premier temps du toucher, il faut apprécier la

(1) La présence de l'hymen n'est plus considérée comme une contre-indication absolue au toucher, lorsque celui-ci est nécessaire. Mais pour éviter la douleur et respecter l'intégrité de la membrane, on laisse rapprochées les cuisses de la malade, et, en pénétrant dans le vestibule, on appuie quelques instants sur la fourchette.

situation du col, son volume, sa consistance, et les accidents de sa surface. Au point de vue de la forme, le col est conique et saillant chez les nullipares, avec un petit orifice à peu près circulaire. Il est large et étalé chez les multipares. On le trouve souvent déchiré chez ces dernières.

Son volume peut être très modifié dans certaines conditions pathologiques, hypertrophié régulièrement ou irrégulièrement dans certaines formes de métrite, allongé d'une manière quelquefois très considérable dans certaines déviations utérines, grossi et déformé par la présence de tumeurs. Sa consistance, ferme à l'état normal, devient très dure dans certaines formes d'hypertrophie ou de néoplasme, ou bien au contraire très friable dans certains cancers.

Les accidents de surface sont dus à des déchirures, ou à leurs cicatrices, à des ulcérations, à la présence de petits kystes qui font de légères saillies granuleuses, ou à des tumeurs plus ou moins considérables.

Tels sont les résultats que fournit le premier temps du toucher. Mais s'en tenir là serait une grosse faute; quand on a étudié le col, il reste à étudier le corps. Pour cela, pendant que la main abdominale déprime la paroi obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, lentement et progressivement, de manière à soutenir l'utérus sans le déplacer, le doigt vaginal ramené un peu d'arrière en avant suit la lèvre antérieure du corps, et si l'utérus est en position normale ou en antéversion ou en antéflexion pathologique, il sent nettement la face antérieure du corps au travers de la cloison vésico-vaginale et de la vessie. Il apprécie en même temps la manière dont le corps se continue avec le col au niveau de l'isthme, et s'il existe un certain degré de flexion de l'un sur l'autre. Ces constatations faites, la main abdominale, pressant davantage, appuie sur la face postérieure de l'utérus, dont l'antéversion s'exagère, et le corps se trouvant saisi entre les deux mains, on peut en apprécier facilement le volume et la consistance.

Si l'on ne trouve pas le corps de l'utérus en avant, on reporte le doigt vaginal en arrière dans le cul-de-sac postérieur, et, en procédant de même façon, on sent la face postérieure du corps et on l'apprécie s'il se continue avec le col directement, ou bien en faisant un angle.

Quand on a ainsi déterminé la situation, la forme, le volume de l'utérus, il faut encore apprécier sa mobilité, dans le sens antéro-postérieur et dans le sens transversal. On recommandait beaucoup autrefois de soulever l'utérus pour apprécier son poids. Bien qu'il soit hors de doute qu'un utérus congestionné, hypertrophié, déformé par une tumeur, est plus lourd qu'un utérus normal, il est cependant bien probable qu'on apprécie plus par cette manœuvre les modifications de ses connexions que celle de son poids.

Enfin en pressant un peu le corps de l'utérus entre les deux mains, on apprécie aisément sa sensibilité.

Quand on a recueilli ces renseignements, ce n'est pas tout encore : il faut examiner soigneusement les annexes dont je n'ai pas à m'occuper ici, et lorsqu'il existe une tumeur il faut déterminer ses connexions avec l'utérus, chercher si elle fait corps avec la matrice, ou bien si elle en est séparée par un sillon plus ou moins large, plus ou moins profond; quand la tumeur est volumineuse et développée surtout du côté de l'abdomen, il faut la mobiliser ou la faire mobiliser par un aide dans le sens transversal et dans le sens vertical, pendant que le doigt vaginal reposant sur le col constate si les mouvements de la tumeur se transmettent à l'utérus.

Dans beaucoup de cas, le toucher rectal complète avantageusement l'examen par le vagin. Il permet de bien apprécier la forme et le volume du corps de l'utérus lorsqu'il est en rétroversion ou flexion; il permet encore de mieux circonscrire certaines tumeurs, particulièrement les fibromyomes développés sur la face postérieure de l'organe. Il faut savoir pour ne pas s'y tromper que le doigt introduit dans le rectum sent d'abord le col, qui repose normalement sur la cloison recto-vaginale, et que le col séparé du doigt par cette cloison paraît plus volumineux qu'il ne l'est en réalité. Quand l'utérus est en position normale, le doigt rectal peut sentir la face postérieure du col, mais non celle du corps. Hegar a conseillé de saisir le col avec une pince de Museux, et de l'attirer fortement en bas tandis qu'on pratique le toucher rectal pour arriver à explorer par cette voie la face postérieure de l'utérus. Cette manœuvre, comme toutes celles qui consistent à abaisser artificiellement la matrice, ne doit être employée qu'exceptionnellement, car je crois qu'il n'est jamais bon, et qu'il peut être dangereux de mettre en prolapsus artificiel un organe dont la stabilité est aussi chancelante que celle de l'utérus. Quant à la manœuvre de Simon (de Heidelberg), qui consiste à introduire dans le rectum la main tout entière et même l'avant-bras, sa brutalité et ses dangers l'ont fait abandonner depuis longtemps.

Le toucher vésical se fait à l'aide du doigt introduit dans la vessie au travers de l'urèthre dilaté. C'est Næggerath qui a eu le premier l'idée de l'appliquer à l'exploration des organes génitaux de la femme. On ne peut pas dire que ce mode d'exploration soit dangereux, car, avec de la propreté, on est à l'abri de la cystite, et en ne poussant pas la dilatation de l'urèthre au delà de 6 centimètres de circonférence, on n'a pas à craindre l'incontinence d'urine; mais s'il ne présente pas de dangers réels, il a de nombreux inconvénients qui sautent aux yeux, et bien peu d'avantages pour les compenser. Aussi, je ne vois guère qu'un cas où l'on soit autorisé à recourir à ce mode d'exploration : c'est lorsqu'il existe une imperforation ou une absence du vagin. En effet, dans ces cas on peut, en introduisant un doigt dans la vessie et un autre dans le rectum, arriver à sentir si l'utérus existe ou non.

Au point de vue de l'importance, c'est l'examen par l'hystéromètre qui vient en seconde ligne. L'hystéromètre est tout simplement une tige de métal, de baleine ou de gomme, avec laquelle on fait le cathétérisme de l'utérus pour mesurer ou apprécier la forme, les dimensions et la sensibilité de sa cavité. La tige de l'hystéromètre peut être rigide, malléable ou souple.

Les hystéromètres à tige rigide présentent une légère courbure qui du reste ne correspond nullement à celle d'un utérus normal. Les hystéromètres malléables sont en argent, et on peut leur donner la courbure qu'on veut. Les hystéromètres souples sont en baleine ou en gomme. Il n'en est pas de meilleur que les bougies uréthrales, qui rendent service quand l'utérus est très déformé en s'accommodant d'elles-mêmes à la forme du canal. On a imaginé un certain nombre d'hystéromètres, qui permettent d'enregistrer d'une manière plus ou moins précise la forme et la situation de l'utérus. Je ne puis décrire ici ces instruments ingénieux, qui du reste ne sont pas entrés dans la pratique courante.

La tige de l'hystéromètre ordinaire doit avoir un certain volume et une extrémité arrondie. Il faut se défier des hystéromètres à extrémité trop fine; ils sont dangereux, car ils exposent à la perforation de l'utérus, non pas certes

quand l'organe est sain, mais lorsqu'il est ramolli dans toute son épaisseur soit par certaines inflammations septiques, soit par des néoplasmes. Il est bon d'avoir des hystéromètres minces, mais il ne faut les employer que quand le canal est rétréci; et lorsqu'on fait le cathétérisme, il ne faut pas s'empresse de déclarer qu'il y a une sténose, dès qu'on est arrêté. Souvent c'est le bout de l'hystéromètre qui bute contre les plis de l'arbre de vie ou bien contre l'angle de flexion d'un utérus dévié. Dans ces cas, on a d'autant plus de chance d'être arrêté, qu'on se sert d'un hystéromètre plus petit, et, si l'on voulait changer d'instrument, il faudrait en prendre un plus gros et non un plus petit.

On peut faire l'hystérométrie ou cathétérisme utérin avec ou sans spéculum. Je pense qu'il y a beaucoup d'avantage à faire l'hystérométrie sans spéculum. Si l'on se sert d'un spéculum et surtout d'un spéculum bivalve, le manche de l'hystéromètre ne peut être incliné dans tous les sens; il en résulte que si l'utérus n'est pas dans l'axe du vagin, et il s'en écarte le plus souvent, il sera obligé de se déplacer pour laisser pénétrer le cathéter. Ce redressement n'est pas toujours sans inconvénients, et, ce qui est très fâcheux, on ne s'aperçoit pas qu'il se produit. Au contraire, si l'on fait le cathétérisme sans spéculum, on peut incliner le manche de l'hystéromètre de façon que son extrémité s'accommode aux déviations du canal utérin. En outre, le doigt introduit dans le vagin suit la marche de l'instrument, il sent si, sous son influence, l'utérus se déplace, se redresse; et c'est ainsi qu'on peut reconnaître si une déviation se corrige, ou encore si une tumeur qu'on a sentie par exemple dans le cul-de-sac postérieur est formée par le corps de l'utérus rétro-fléchi, et non par un fibrome ou un vieil exsudat péritonéal.

Pour faire l'hystérométrie sans spéculum, on procède de la façon suivante : avec l'index gauche introduit dans le vagin on reconnaît le col, et, tournant la main en supination, on applique la pulpe du doigt sur l'orifice externe de manière à laisser libre la lèvre antérieure. Le long de l'index, on glisse une pince à érigne tenue fermée jusqu'au contact du col : on l'ouvre, et l'on saisit la lèvre antérieure. Cette pince munie d'un cran d'arrêt va servir à fixer l'utérus sans le déplacer. On peut la tenir avec les trois derniers doigts et le pouce de la main gauche; il est plus commode de la confier à un aide, qui se bornera à la soutenir. Puis on saisit l'hystéromètre de la main droite, et, le tenant la courbure en avant, on le glisse le long de l'index gauche, resté dans le vagin, jusqu'à l'orifice externe, dans lequel il faut l'introduire. Rien n'est plus facile quand il s'agit d'un col de multipare, col déchiré, où l'on peut engager le bout du doigt; chez les nullipares, il faut plus d'adresse. Avec un peu d'habitude, on réussit facilement. Dès que l'hystéromètre est engagé, on le pousse doucement. La pince fixatrice empêche l'utérus de reculer; l'index gauche suit à travers les culs-de-sac vaginaux la progression de l'instrument et indique dans quel sens il faut le diriger. Il n'est pas rare que le bec s'engage dans les plis de l'arbre de vie et bute; il faut bien se garder de pousser : comme dans tout cathétérisme, on doit tourner l'obstacle et non le surmonter. On retire donc l'instrument un peu en arrière pour chercher la voie libre; on y arrive aisément. On est quelquefois arrêté par un spasme de l'orifice interne : il faut alors attendre en maintenant une pression légère; le spasme ne tarde pas à céder et l'on passe. Les obstacles les plus sérieux sont ceux qui viennent des déviations de l'utérus, ou des fibromyomes. Les fibromyomes sous-muqueux ou interstitiels déforment étrangement parfois la cavité utérine. On ne peut faire le cathétérisme qu'à

force de patience et de tâtonnements. On est souvent obligé d'employer des tiges flexibles, et quelquefois on échoue, malgré tous les efforts. De toutes les déviations, c'est l'antéflexion, lorsqu'elle atteint un degré considérable, qui rend le cathétérisme le plus difficile. Il n'est pas rare qu'on ne puisse le réussir qu'après avoir dilaté le col. Dans les rétroflexions, le cathétérisme est en général plus aisé, et cela pour deux raisons : d'une part on peut, en relevant le manche de l'instrument, donner à la tige une direction conforme à celle du corps de l'utérus, tandis que le périnée empêche de l'abaisser pour suivre les antéflexions fortes (1); d'autre part, les utérus rétrofléchis sont souvent volumineux à canal relativement large, tandis que les utérus antéfléchis sont souvent atrophiques à canal étroit.

Quand on est arrivé au fond de l'utérus, on a une sensation nette d'arrêt : et si l'on insiste doucement, on constate que le col et la pince fixatrice sont entraînés. Alors, si l'hystéromètre est muni d'un curseur, on amène ce dernier au ras de l'orifice externe du col. Si l'on préfère ne pas se servir de curseur, on marque avec l'index gauche le point de la tige qui correspond à l'orifice externe, puis on retire l'instrument et le doigt sans changer leurs rapports réciproques et l'on voit de combien la tige graduée a pénétré dans l'utérus. A l'état normal, l'utérus d'une nullipare mesure environ 6 centimètres; celui d'une multipare, de 6 à 7 centimètres.

Le cathétérisme avec le spéculum est plus facile à exécuter; mais, je le répète, il ne donne pas de renseignements aussi nombreux, ni aussi précis. Pour le pratiquer, après avoir chargé le col, on le fixe comme précédemment avec une pince et l'on introduit l'hystéromètre dans l'orifice externe visible.

Avec un utérus normal, le cathétérisme bien fait n'est pas douloureux et ne détermine pas d'écoulement de sang. Lorsqu'un de ces deux phénomènes se produit, douleur ou hémorragie, c'est que l'endomètre est malade. L'hystéromètre renseigne donc, comme je l'ai dit, sur la situation et la mobilité de l'utérus, sur les dimensions de son canal, sur la sensibilité et la consistance de l'endomètre.

Je ne parlerai pas des moyens qui ont été imaginés pour mesurer la largeur ou la capacité de la cavité utérine, car ces moyens, qui sont d'ailleurs ou dangereux, ou inexacts, ou impraticables, ne fournissent que des renseignements à peu près inutiles.

Les innombrables variétés de spéculums permettent de voir le col de l'utérus, et c'est tout : encore le déforment-ils souvent. Ce sont des instruments précieux pour un grand nombre de petites opérations qui se pratiquent sur le vagin ou sur le col; mais, comme instruments d'examen, ils sont bien loin de rendre les services qu'on attend d'eux lorsqu'on débute. Il faut même savoir qu'un certain nombre de renseignements fournis par le spéculum sont absolument trompeurs. Les seules indications précises que donnent ces instruments sont celles qui concernent la couleur et le volume. Au point de vue de la situation et de la forme du col, ils ne sont bons qu'à tromper. En effet, les spéculums distendent le vagin, et en tirillant ses parois ils modifient la position du col et altèrent encore davantage sa forme. Le doigt, qui permet d'explorer les organes en place et avec leur forme véritable, vient de sentir un col

(1) Il est vrai qu'on peut dans ces cas se servir d'hystéromètres coudés comme celui de Pouillet (de Lyon).

allongé; on place le spéculum, et l'on voit un gros col étalé. Le doigt a reconnu une déchirure du col, mais les deux lèvres sont appliquées l'une contre l'autre; dans le spéculum, les deux lèvres violemment attirées par les parois vaginales s'écartent, et la muqueuse paraît être en ectropion. Pour toutes les questions de situation et de forme du col, le spéculum est bien inférieur au toucher.

Il y a trois variétés principales de spéculums : les spéculums à plusieurs valves; les spéculums pleins, et les spéculums univalves.

Parmi les spéculums à plusieurs valves, les plus usités sont les spéculums de Ricord et de Cusco. Il est bon d'avoir un spéculum cylindrique en bois ou en ivoire pour les cautérisations ignées. Les spéculums univalves dont le type est celui de Sims sont ceux qui déplacent et déforment le moins le col; ce sont donc les meilleurs, mais ils ont l'inconvénient d'exiger la présence d'un aide, dès qu'on veut faire le moindre pansement. Pour certaines opérations, particulièrement celles qui se pratiquent sur le vagin, ils sont indispensables.

Tels sont les moyens d'examen et de diagnostic d'un emploi courant. Il en est d'autres qu'on n'emploie que dans les cas graves et difficiles et qui nécessitent des manœuvres préparatoires. Ce sont le toucher intra-utérin, et l'ablation de fragments de tumeur pour l'examen microscopique. Le toucher intra-utérin ne peut se faire qu'après dilatation du col, ou débridement de son orifice externe; la dilatation est préférable. Ce toucher rend de grands services quand il s'agit par exemple de préciser l'implantation d'un polype fibreux, ou de reconnaître la nature d'une tumeur intra-utérine. Quand on se décide à le pratiquer, il faut tout disposer de manière à faire immédiatement l'opération que la maladie comporte si le diagnostic se trouve confirmé par ce dernier examen.

Dans les cas où l'on soupçonne l'existence d'une tumeur maligne du col, ou du corps, il ne faut pas hésiter, pour peu que le diagnostic soit incertain, à enlever soit à la curette, soit au bistouri, soit aux ciseaux, un fragment de la tumeur pour le soumettre à l'examen microscopique. L'intérêt des malades exige qu'on procède ainsi avant de prendre une détermination opératoire. Opérer sans que le diagnostic soit certain, c'est s'exposer à faire une mutilation inutile, s'il s'agit d'une affection bénigne; s'abstenir et attendre de l'évolution du mal la confirmation du diagnostic, c'est compromettre la vie de la malade s'il s'agit réellement d'une tumeur maligne.

On a beaucoup écrit en Allemagne sur la possibilité de faire des diagnostics d'après l'examen histologique de fragments ainsi excisés. J'ai étudié en assez grand nombre de ces fragments, et voici, je crois, ce qu'on peut dire : sur le col, il est toujours possible d'enlever presque sans douleur et sans aucun inconvénient pour la malade des fragments suffisants pour permettre de faire un diagnostic. Quand il s'agit du corps de l'utérus, les fragments enlevés à la curette sont plus difficiles à examiner, en raison de leur petitesse et de la difficulté d'orienter les coups; malgré cela, il est le plus souvent possible de faire un diagnostic histologique exact.