

dant du système génital; il a montré qu'au moment des règles, il pouvait y avoir des éruptions herpétiques de la cornée ou des hémorragies rétiniennes, qu'avec la dysménorrhée on notait parfois un rétrécissement du champ visuel et des processus glaucomateux, que chez les aménorrhéiques on voyait survenir de la kératite interstitielle ou de la choroïdite atrophique, enfin qu'à la suite de simples manœuvres génitales on pouvait observer des troubles oculaires; Mooren par exemple cite le cas d'une femme devenue amblyopique à la suite d'un examen au spéculum.

III

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL

GÉNÉRALITÉS

Suivant le principe du docteur Berlin¹: « *En gynécologie comme en médecine générale il faut procéder à l'examen clinique du sujet suivant un ordre méthodique, dont on ne doit jamais se départir.* »

Cet ordre doit être le suivant :

- 1° Interrogatoire de la malade;
- 2° Examen direct du système génital;
- 3° Etude des autres systèmes et de l'état général.

1° INTERROGATOIRE DE LA MALADE

La malade sera interrogée sur ses antécédents héréditaires et personnels.

On s'informerait de l'époque de l'instauration menstruelle, de l'évolution des règles, de leur abondance, des accouchements et surtout des suites de couches, source la plus habituelle des maladies génitales.

Arrivant ensuite à la maladie actuelle, on en précisera le début, la marche.

Enfin, on ne manquera pas de s'enquérir des traitements déjà suivis, qui pourraient parfois mettre sur la voie d'un diagnostic soupçonné au premier abord, si par exemple un traitement hydrargyrique avait été donné, indiquant l'existence de la syphilis.

La notion du traitement antérieur est également indispensable, alors qu'on a à formuler une thérapeutique, afin d'éviter l'emploi de moyens déjà ordonnés et qui n'ont eu aucun résultat favorable.

¹ *Guide de diagnostic gynécologique à l'usage des praticiens*, Paris, 1893.

Le symptôme *douleur* devra fixer tout particulièrement l'attention du gynécologue, car il est d'un précieux secours pour arriver au diagnostic parfois vague de l'affection génitale; en tout cas c'est lui qui met sur la voie de ce diagnostic.

Siège, topographie, forme, périodicité, allure de la douleur seront étudiées avec soin.

D'ailleurs à cet égard il n'y a qu'à laisser parler la femme, c'est en général parce qu'elle souffre, qu'elle vient consulter et elle s'étend avec complaisance sur toutes les douleurs qu'elle éprouve, n'en omettant aucun détail, quelle qu'en soit la nature.

Enfin on terminera l'interrogatoire par l'étude des troubles fonctionnels, à savoir :

Les troubles de la menstruation :

- Aménorrhée;
- Métrorragie;
- Dysménorrhée;

Les leucorrhée et icorrhée.

Les troubles de la fonction sexuelle :

- Frigidité;
- Vaginisme;
- Impuissance;
- Coïtaphobie.

Je me contente ici de mentionner ces différents troubles, qui feront l'objet d'une étude complète et détaillée dans le courant de cet ouvrage.

2° EXAMEN DIRECT DU SYSTÈME GÉNITAL

Cet examen est pratiqué :

- Tantôt au domicile de la malade;
- Tantôt au domicile du médecin.

Autant que possible on doit préférer cette dernière alternative, car dans le cabinet d'exploration médicale tout est disposé pour cet examen, qui se fait ainsi sans difficultés, et avec tout avantage pour la perfection du diagnostic.

Cependant il est un assez grand nombre de circonstances, telles que l'existence d'une maladie aiguë, la difficulté pour la malade de se déplacer, alors qu'elle est atteinte d'une volumineuse tumeur de l'abdomen ou d'une métrorragie sérieuse, etc., qui nécessitent l'examen à domicile.

Cet examen pourra être fait, s'il s'agit simplement de la palpation de l'auscultation et de toucher, en laissant la malade étendue dans sa position normale; mais s'il faut inspecter la vulve, appliquer le spéculum, ce qui est la règle, il sera nécessaire de placer la femme en travers du lit, un pied

appuyant de chaque côté sur une chaise, et la vulve autant que possible située en face d'une fenêtre, ainsi que l'indique la figure 1.

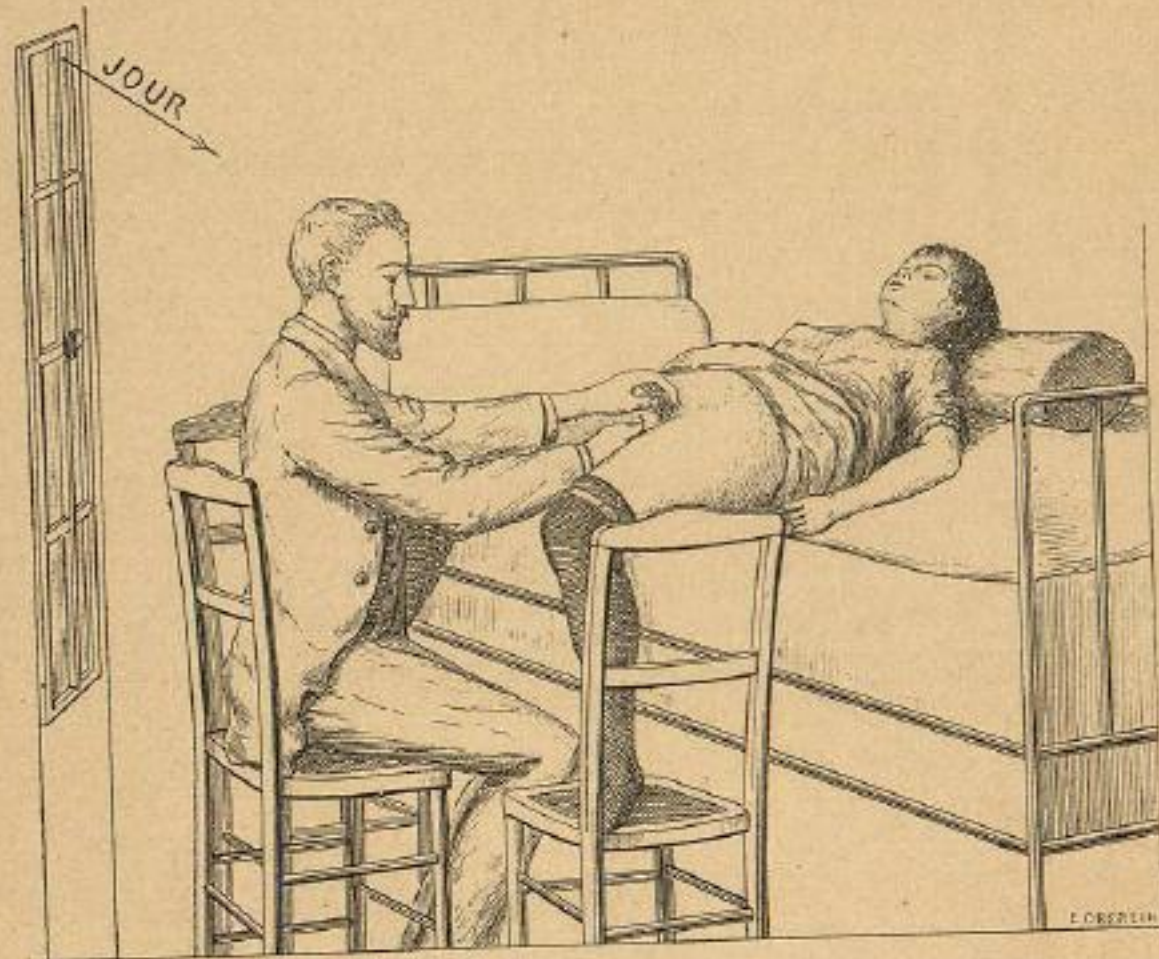


Fig. 1. — Examen gynécologique de la femme à son domicile.

Dans le cas où la disposition de la chambre ne permettrait pas cet éclairage, on peut modifier la disposition du lit, de manière à le rendre possible,

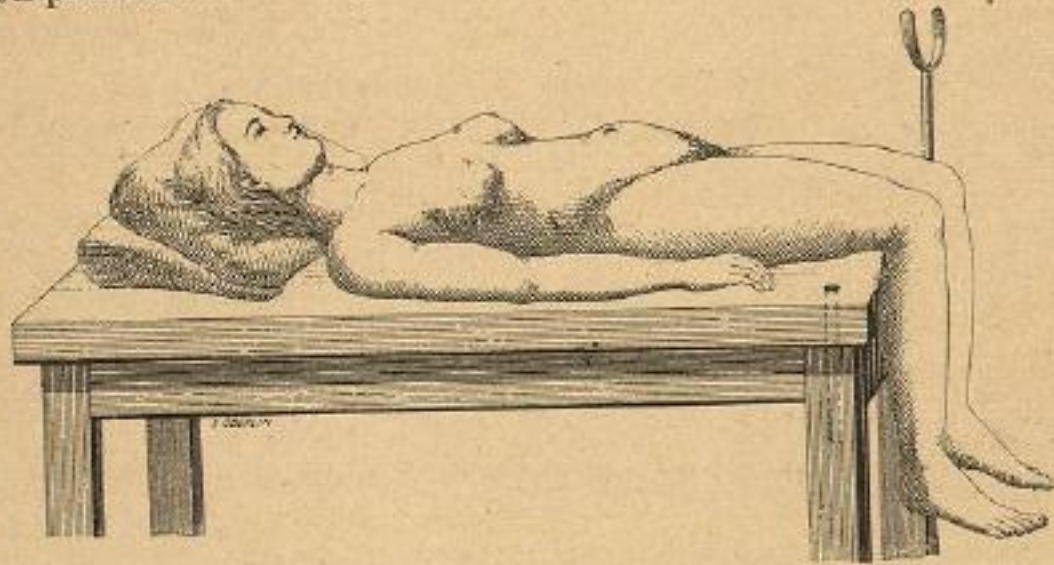


Fig. 2. — Femme étendue sur la table d'examen pour permettre la palpation.

sinon se servir d'éclairage artificiel, c'est-à-dire d'une simple bougie ou d'une petite lampe avec une cuiller en argent comme réflecteur.

On sera réduit à cet éclairage, alors que la lumière naturelle pour une raison quelconque fera défaut, mais cette dernière doit lui être préférée toutes les fois que cela est possible, car les renseignements qu'elle fournit sont plus précis.

J'arrive à l'examen dans le cabinet du médecin.

Ce cabinet, qu'il s'agisse d'une salle de consultation dans une clinique, dans un hôpital ou dans un appartement privé, devra être aussi simple que possible.

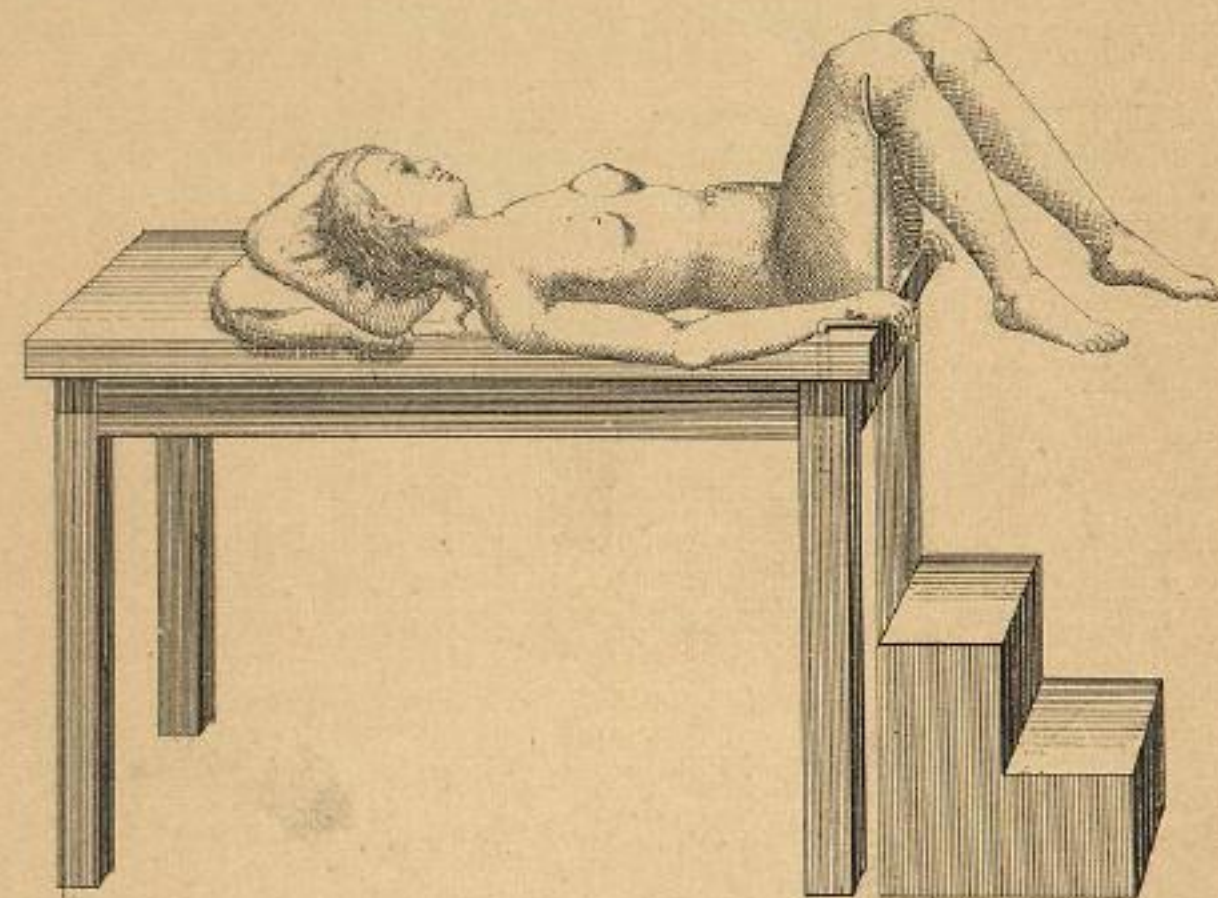


Fig. 3. — Femme en position vulvaire, les membres inférieurs maintenus par des croissants (toucher et spéculum).

On devra éviter l'étalage des instruments et des appareils, qui effraient inutilement les malades, déjà très préoccupées de l'exploration qu'elles vont subir.

La pièce sera convenablement chauffée, de manière à ce que la malade puisse facilement se dévêtir; il faut en effet que le ventre soit libre, c'est-à-dire le corset enlevé.

Il sera nécessaire d'avoir une ou plusieurs fenêtres donnant un jour abondant. — Une seule suffit, pourvu qu'elle soit assez grande, si la salle n'est destinée qu'à un examen simultané.

Pour faire l'examen génital un meuble spécial, sur lequel on pourra placer la femme en différentes positions, est indispensable.

Parmi les nombreux appareils préconisés à cet usage (fauteuils, lits) le plus

simple est le meilleur, et pour ma part je donne la préférence à la table représentée par la figure 2.

Cette table haute de 90 centimètres, solidement construite, présente une longueur suffisante pour que la femme puisse s'y étendre complètement, sauf les jambes qui pendent à l'extrémité; cette position allongée étant indispensable pour la facile palpation du ventre. — Au niveau des coins se trouvent des trous dans lesquels on peut glisser soit des croissants pour placer la femme comme l'indique la figure 3, soit des étriers comme le montre la figure 4. —

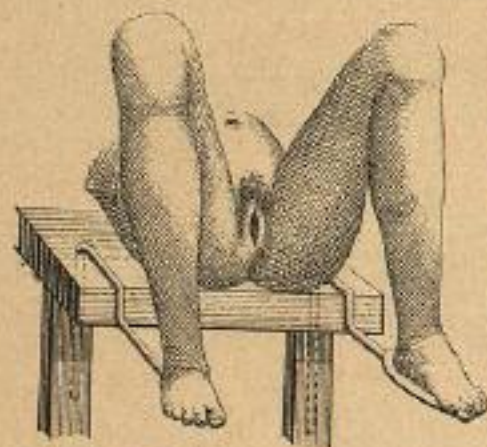
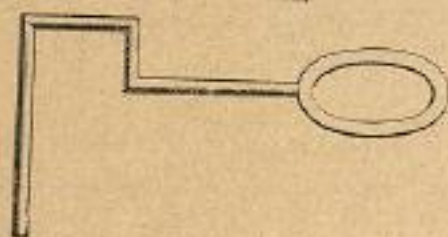


Fig. 4. — Femme en position vulvaire, les membres inférieurs étant maintenus par des étriers. — Un étrier détaché de la table.



Sur la table sera posée une couverture ordinaire pliée sur elle-même de manière à adoucir le décubitus, avec un ou deux coussins mobiles pour servir d'appui à la tête de la patiente.

La femme pourra être examinée en position :

Dorsale;
Latérale;
ou *Génupectorale.*

Position dorsale. — La femme, suivant l'examen qu'on veut faire, est étendue sur la table comme sur un lit (fig. 2), ou placée en position vulvaire comme l'indique la figure 3; le siège affleurant le bord de la plate-forme, et chacun des pieds occupant un étrier (fig. 4) ou chacun des creux poplités un croissant (fig. 3) ¹.

Position latérale. — La femme est disposée comme la montre la figure 3. Le siège et la fesse inférieure affleurant le bord de la table. Les deux cuisses fléchies sur le tronc à angle droit ou à angle légèrement aigu, la supérieure un peu plus fléchie que l'inférieure. — Il est important que le thorax soit incliné en avant, en reculant l'épaule inférieure et en avançant la supérieure, de manière à abaisser autant que possible thorax et abdomen, et à favoriser ainsi la béance du vagin; les intestins éloignés du petit bassin par la pesanteur, au lieu de comprimer les parois vaginales tendent au contraire à les écarter, en attirant à eux la paroi vaginale supérieure.

Position génupectorale. — La femme est placée sur les genoux et sur les coudes dans l'attitude indiquée par la figure 6. Les cuisses doivent être ver-

¹ Dans cette figure et les ultérieures du même genre, la femme est représentée nue, afin de bien faire comprendre tous les détails de la position qu'elle doit prendre pour l'examen, mais cet examen doit être fait avec des vêtements suffisants pour sauvegarder la pudeur sans gêner l'exploration médicale. — Il est indispensable, pour la palpation abdominale que le corset soit enlevé.

licales. Le tronc incliné autant que possible en avant, grâce à l'abaissement du thorax, de manière à ce que la pesanteur attire l'intestin dans la direction contraire à celle du petit bassin.

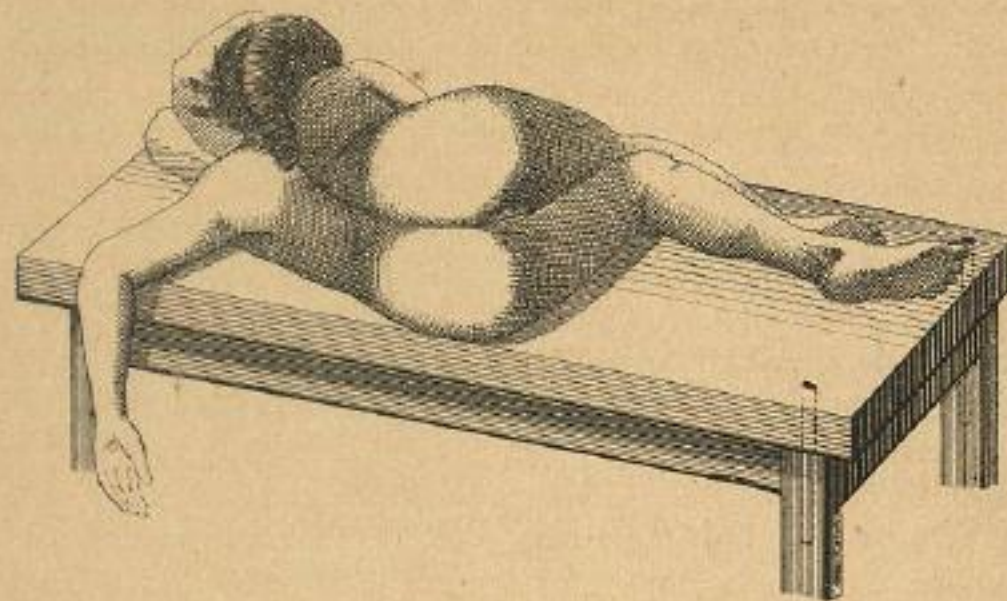


Fig. 5. — Femme couchée sur la table d'examen en position latérale gauche. Position de Sims (toucher et spéculum).

L'examen en position génupectorale doit être réservé pour des cas exceptionnels, quand on soupçonne, par exemple, une fistule vésico-vaginale,

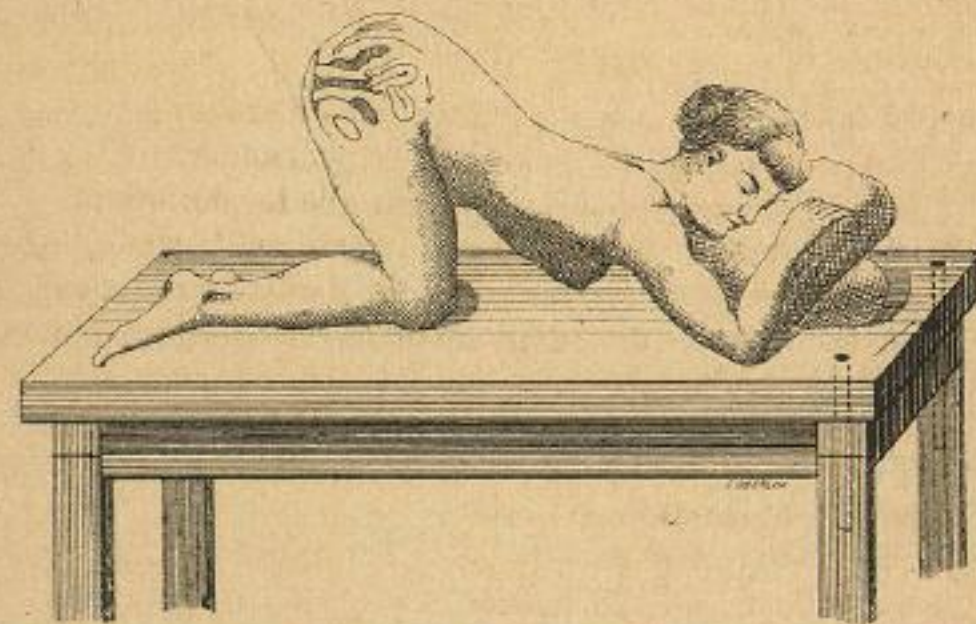


Fig. 6. — Femme placée sur la table d'examen en position génupectorale. (La flèche indique l'action de la pesanteur sur l'intéris.)

car cette attitude est désagréable à la femme et ne peut être tolérée longtemps par elle.

La position dorsale est la plus généralement usitée en France pour l'exploration gynécologique, c'est elle qui permet de pratiquer avec le plus de facilité le toucher combiné au palper. Or le *palper-toucher*

est parmi les différents procédés d'investigation, le plus fécond en renseignements.

La position latérale est préférée en Angleterre et par un certain nombre de médecins aux États-Unis; elle est, en effet, meilleure pour l'examen de la paroi postérieure du bassin, et aussi pour certains cas d'exploration de la paroi antérieure du vagin ou de l'intérieur de l'utérus, mais d'une façon générale, elle est moins commode que la position dorsale et ne doit être usitée que comme mode d'exception, de même que la position gènepectorale.

Outre les trois positions horizontales dont il vient d'être question, la femme peut encore être examinée dans l'*attitude verticale*.

Cette situation debout est indispensable dans certains cas pour s'assurer par le toucher de la situation de l'utérus, quand il existe, par exemple, un certain degré de prolapsus que la situation horizontale fait disparaître.

a. Inspection.

L'inspection portera particulièrement sur l'*abdomen* et les *organes génitaux externes*.

Au niveau de l'abdomen elle permettra de reconnaître :

Les changements de surface (vergetures, pigmentation en cas de grossesse);

Et les changements de forme ou volume (distension par une tumeur, du liquide ascitique).

L'inspection des organes génitaux externes est des plus importantes en gynécologie, alors même que les symptômes accusés par la femme ne font pas soupçonner leur état pathologique.

Leur coloration violacée conduit parfois à supposer l'existence d'une grossesse; la présence d'ulcérations soulève la question de la syphilis.

En séparant les grandes et petites lèvres, on aperçoit le méat urétral (petits polypes fréquents, goutte purulente de l'urétrite), l'orifice vulvo-vaginal (hymen ou ses débris; écoulements leucorrhéiques, sanguins).

En écartant transversalement les fesses, on facilite l'exploration du périnée et de l'anus (déchirure du périnée, hémorroïdes).

En introduisant un doigt dans l'anus, on peut repousser la paroi vaginale postérieure par l'orifice vulvaire (colpocèle artificielle) et l'explorer ainsi sans instrument (procédé du retournement vaginal); — de même en refoulant à l'aide d'un doigt placé dans le vagin, la muqueuse rectale vers l'orifice anal, on peut la faire saillir et en voir le détail (procédé du retournement rectal, *Courty*).

L'inspection, facilitée par l'emploi d'instruments (spéculum, endoscope, etc.), permet l'examen des cavités vésicale, vagino-utérine, rectale; cette étude sera faite avec l'*exploration instrumentale*.

b. Palpation et percussion.

L'œil ayant terminé son rôle investigateur, nous nous adressons au tact; la palpation fait suite à l'inspection.

La percussion n'est qu'une variété de palpation, dans laquelle on imprime une secousse brusque aux tissus, soit pour déterminer certains phénomènes comme le flot dans l'ascite, soit pour apprécier la sonorité de la région explorée; dans ce dernier cas, l'ouïe participe à l'exploration, l'auscultation vient aider le palper.

A l'aide de la *palpation* on peut d'abord juger la température de la peau, puis en pinçant la paroi abdominale se rendre compte de son épaisseur, enfin, en déprimant cette paroi, délimiter les contours, et apprécier le contenu des tumeurs développées dans l'abdomen.

Pour bien pratiquer la palpation il faut obtenir le relâchement de la paroi abdominale aussi complet que possible. — Dans ce but la malade sera commodément étendue sur un plan horizontal, les jambes allongées et non fléchies, car en les fléchissant, elle maintient involontairement tendus les muscles abdominaux.

On causera avec la patiente de manière à la distraire de l'exploration qu'on pratique; souvent par un massage doux de la paroi, pendant quelques instants, on arrive à en obtenir le relâchement complet.

Chez les femmes difficiles à examiner, craintives et nerveuses, on se trouvera bien de faire passer le poing d'un aide sous le sacrum, au voisinage des lombes, ou de glisser un coussin étroit sous la même région; quand le siège de la malade est ainsi soulevé, par un mécanisme d'ailleurs difficile à expliquer, la paroi abdominale devient presque toujours d'une grande souplesse.

La palpation pour être bien faite demande une grande douceur; chez les femmes obèses ou à parois sensibles le palper ne sera fructueux qu'à cette condition.

En cas de diagnostic douteux et dont la nécessité s'impose au point de vue d'une intervention, il faudra la faire sous le chloroforme.

Quand, les deux mains appliquées aux extrémités d'une tumeur, nous exerçons une pression avec l'une d'elles, lorsque la tumeur est solide nous sentons avec la main restée immobile un déplacement en masse.

S'il s'agit d'une collection liquide, la main témoin sent une sorte d'ondulation, due au déplacement du contenu, et désignée sous le nom de *fluctuation*.

Si enfin avec cette même tumeur liquide, nous imprimons d'un côté un choc brusque, comme on peut le produire avec une chiquenaude par exemple, la main réceptrice éprouve une sensation de choc, auquel on a donné le nom de *flot*.

La fluctuation et le flot ont donc entre eux une grande analogie; également révélateurs d'une tumeur liquide, l'une se produit par une simple *pression*, l'autre par une véritable *percussion*.

C'est par des secousses analogues à celles qui font percevoir le flot, qu'on arrive parfois à sentir le *ballotement*, généralement dû à la présence d'un fœtus, exceptionnellement à des tumeurs abdominales nageant dans du liquide ascitique.

Une simple mention pour le *frémissement hydatique*.

Enfin par la percussion, aidée de l'oreille, on pourra, en opérant comme on est habitué à le faire pour l'exploration thoracique, savoir si le contenu de la région examinée est *solide* ou *gazeux*, suivant qu'il y a matité ou sonorité tympanique.

c. Auscultation.

L'auscultation de l'abdomen et des organes génitaux n'a d'importance que pour le diagnostic différentiel de la grossesse avec les différentes tumeurs, susceptibles de la simuler.

Les souffles variés, que l'oreille peut percevoir en dehors de la gravidité, n'ont, à l'exception des anévrysmes aortiques, qu'un intérêt théorique.

d. Toucher.

SOMMAIRE

Définition.

Variétés.

I. Toucher uréthro-vésical.

II. Toucher ano-rectal.

III. Toucher vagino-utérin.

1° Préliminaires } a. femme.
b. gynécologue.

2° Exécution du toucher.

1° Etape vulvaire.

2° — vaginale.

3° — utérine.

4° — péritérine.

5° — pelvienne.

On réserve le nom de *toucher* à une variété de palper, qui ne se fait pas en surface comme ce dernier mode d'investigation, mais en profondeur.

Le palper est externe et se pratique à travers la peau; le toucher est interne et a lieu au contact des muqueuses.

Il y a trois variétés de toucher:

L'uréthro-vésical;

L'ano-rectal;

Le vagino-utérin.

I. — TOUCHER URÉTHRO-VÉSICAL

Cette exploration exige la dilatation préalable de l'urètre, que *Simon* conseille de pratiquer à l'aide de petites sondes en gomme durcie et de volume croissant.

Ce toucher pratiqué ainsi que l'indique la figure 7 ne constitue qu'un mode très exceptionnel d'exploration, et ne peut être réellement utile que pour éclairer un diagnostic douteux de tumeur uréthro-vésicale ou pour le cathétérisme des urètres.

Dans ce dernier cas (fig. 8) l'extrémité de l'index doit arriver jusqu'à

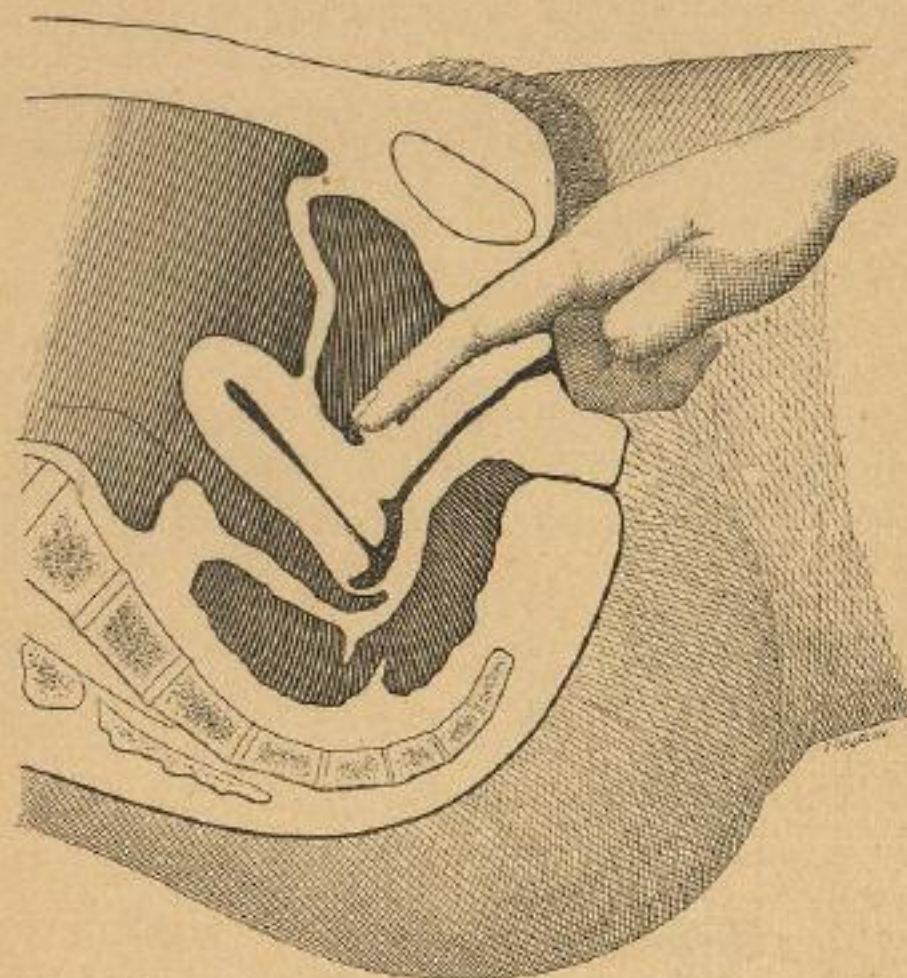


Fig. 7. — Toucher uréthro-vésical.

l'embouchure de l'urètre, de manière à diriger dans son ouverture la pointe du cathéter.

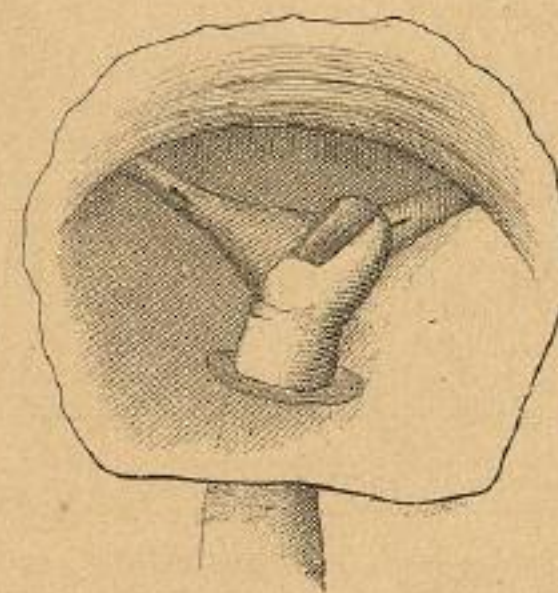


Fig. 8. — Toucher uréthro-vésical exécuté en vue du cathétérisme des urètres.

Inutile d'insister sur ce toucher explorateur, qui jusqu'à présent est resté plus théorique que pratique.