

II. — TOUCHER ANO-RECTAL

Le *toucher ano-rectal*, fait après évacuation préalable des matières fécales, pourra renseigner sur le volume de l'utérus, sur le siège exact des tumeurs, qui seraient placées en arrière de lui, enfin sur les affections de l'anus et du rectum.

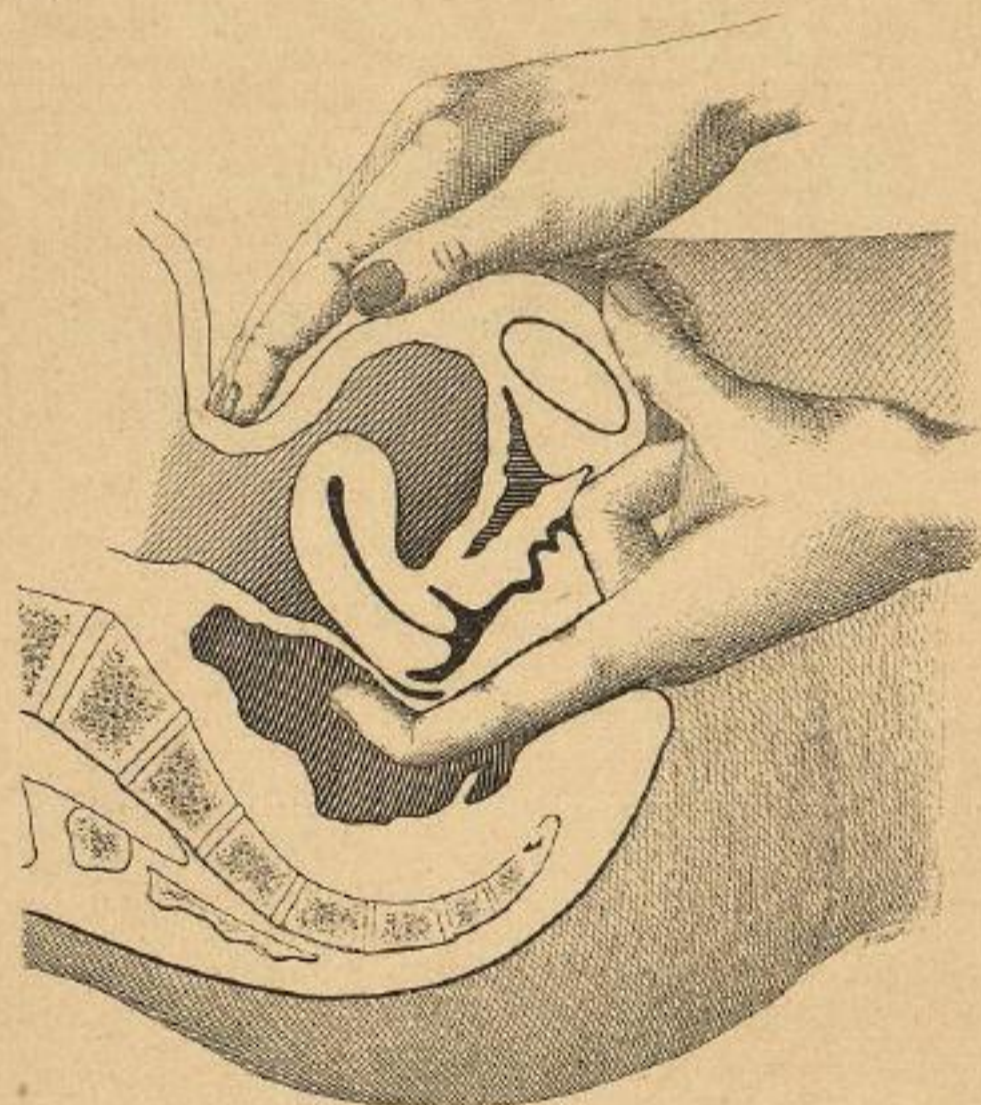


Fig. 9. — Toucher ano-rectal combiné à la palpation abdominale.

On y aura surtout recours, quand l'exploration vaginale est rendue difficile ou impossible par un obstacle quelconque : vaginisme, rétrécissement ou oblitération cicatricielle du vagin, hymen intact ou trop étroit.

Mais ces conditions sont exceptionnelles, et dans la grande majorité des cas on pratiquera, à moins de maladies ano-rectales, le toucher vaginal.

Pour explorer la face postérieure de l'utérus par le toucher rectal, on pourra abaisser le col utérin saisi avec une pince de Museux (fig. 10). Ce mode d'exploration fournira parfois des renseignements précieux.

Le *toucher manuel* du rectum conseillé par *Simon* (fig. 11) exige l'emploi du chloroforme, il expose à la rupture du rectum, à l'incontinence des

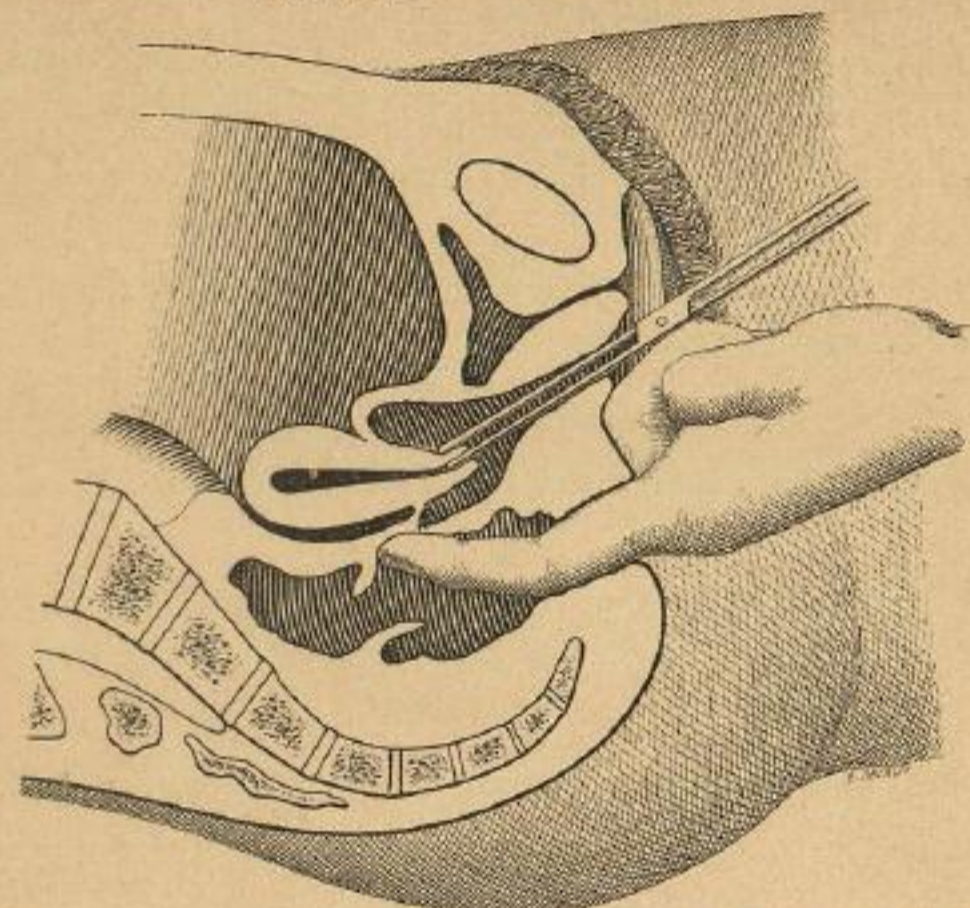


Fig. 10. — Toucher ano-rectal avec abaissement artificiel de l'utérus.



Fig. 11. — Toucher manuel du rectum. (Méthode de Simon.)

matières fécales, par relâchement du sphincter; c'est un moyen violent et dangereux, qu'on réservera pour des cas tout à fait exceptionnels.

III. — TOUCHER VAGINO-UTÉRIN

Le *toucher vaginal* peut être fait, la femme étant debout ou couchée.

La position debout permet un examen rapide et sommaire, mais très incomplet.

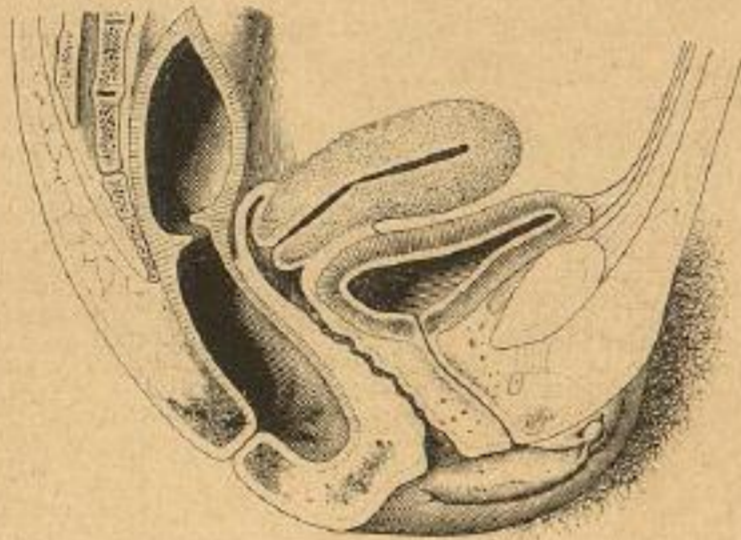


Fig. 12. — Position de l'utérus, alors que la vessie est vide, ou presque vide.

Pour bien pratiquer le *toucher vagino-utérin*, il est nécessaire que la vessie et le rectum soient préalablement vidés par la miction et la défécation.

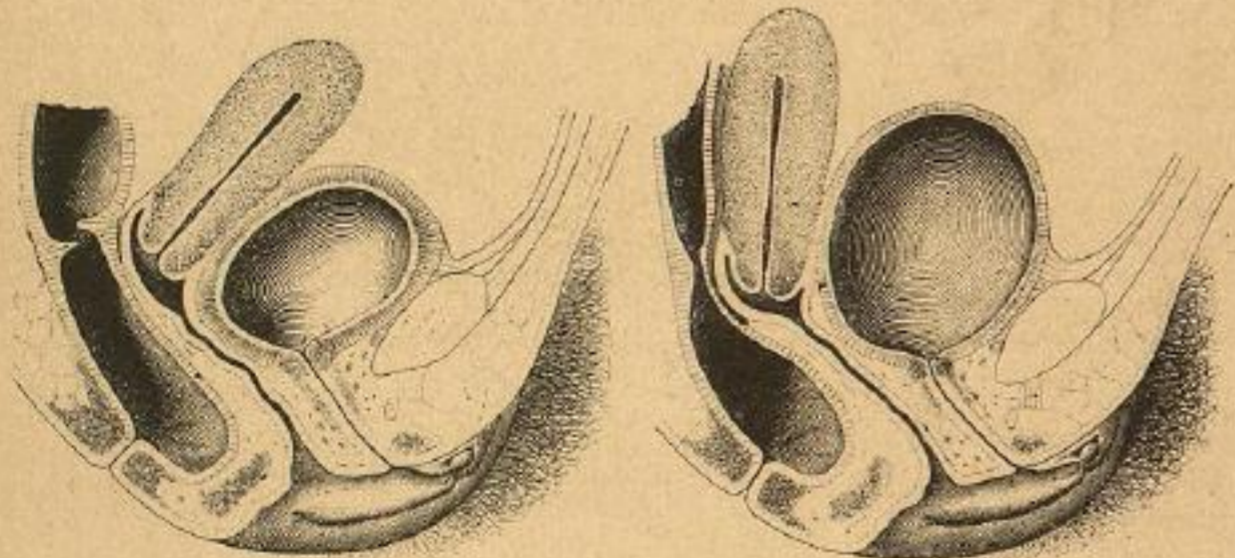


Fig. 13. — Position de l'utérus, alors que la vessie est modérément pleine.

Fig. 14. — Position de l'utérus, alors que la vessie est distendue de liquide.

tion. — On peut voir en effet par les trois figures ci-jointes (fig. 12, 13, 14), quant à ce qui concerne la vessie, combien la position de l'utérus varie suivant qu'elle est pleine ou vide. — Une vessie pleine repousse l'utérus en arrière

et en haut, le place en légère rétroversion, et si le rectum est simultanément encombré de matières fécales le rend très difficilement perceptible à l'exploration digitale.

La position horizontale est la seule qui permette une exploration consciencieuse et suffisante, et, sauf rares exceptions, c'est toujours à elle qu'il faudra recourir.

La femme sera placée dans la même position que pour le palper, ou plutôt

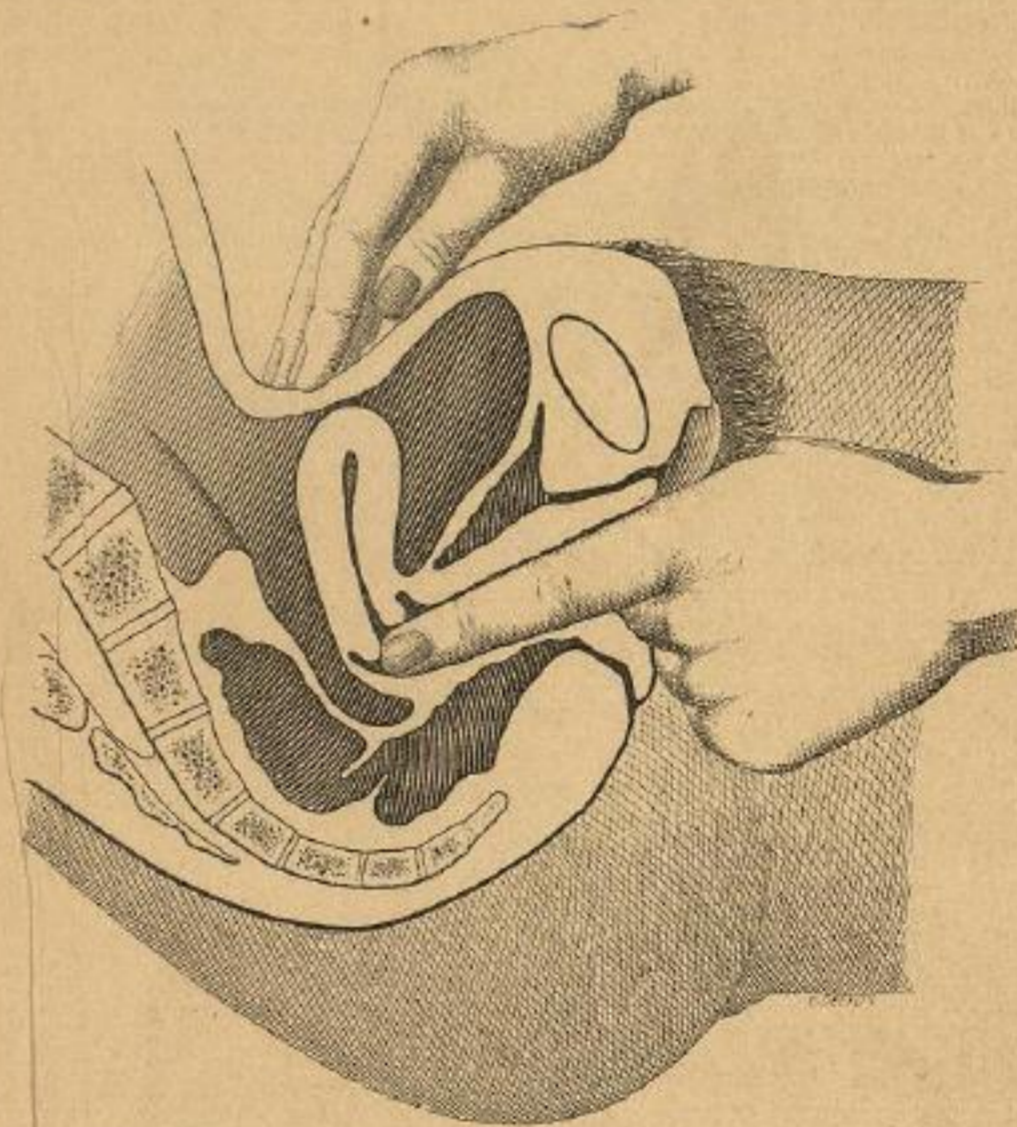


Fig. 5. — Toucher vaginal combiné à la palpation abdominale (toucher-palper).

laissée dans cette position, puisqu'on pratique généralement le *toucher* après le *palpe* (fig. 2), on exigera simplement un écartement un peu plus marqué des cuisses.

La portion du spéculum (fig. 3 et 4) est également bonne pour le *toucher vagino-urinaire*, c'est même celle que préfèrent la plupart des gynécologues, afin de n'avoir pas à déplacer la femme pour appliquer ensuite le spéculum.

Le *toucher* peut aussi avoir lieu dans les positions latérale ou gènepectorale, mais c'est dans la position dorsale qu'il fournit les meilleurs résultats, car on essa même de le compléter par le *palper abdominal*, qu'il ne faut jamais oïlier de lui associer, sous peine de rendre l'exploration bien moins

complète (fig. 15). — La main abdominale en effet, en abaissant les organes pelviens, les amène à la rencontre du doigt qui pratique le toucher et facilite ainsi leur examen.

Le toucher peut être :

Unidigital : pratiqué avec l'index, les autres doigts étant fléchis et repliés dans le creux de la main.

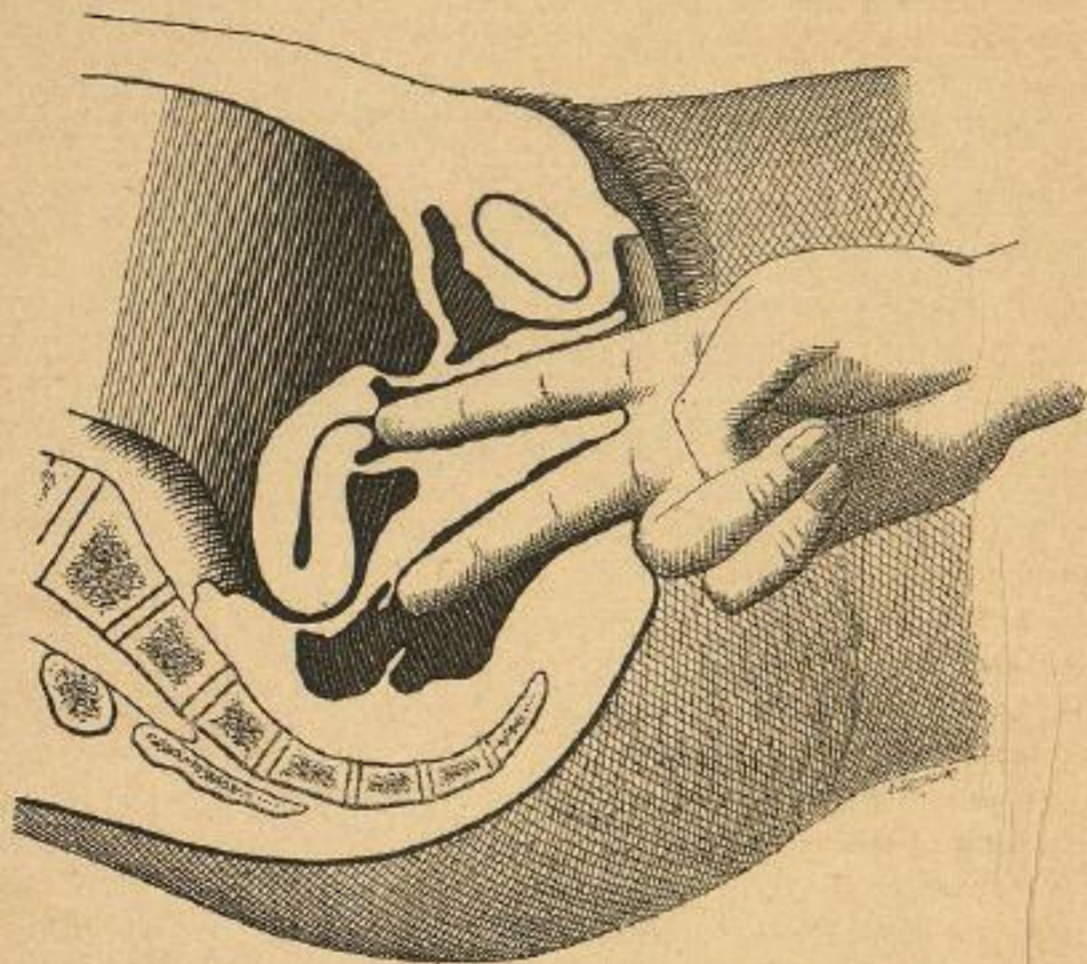


Fig. 16. — Toucher vagino-rectal combiné (Récamier).

Bidigital : index et médium. — L'introduction des deux doigts et la longueur plus considérable du médium, permet de pénétrer plus profondément, et on y aura recours sans inconvénient chez les multigestes.

Les deux doigts peuvent être introduits dans le vagin, ou glissés l'un dans le vagin, l'autre dans le rectum (fig. 16), ainsi que l'a indiqué Récamier.

Manuel : on fait pénétrer toute la main dans les organes génitaux, le plus souvent pour aller au moment de l'accouchement explorer le contenu de l'utérus dans le cas de présentation vicieuse par exemple. La main peut, après l'accouchement, être introduite sans usage du chloroforme bien qu'il soit préférable d'y avoir recours; en dehors de la puerpéralité l'introduction de la main dans le vagin nécessite l'anesthésie.

Ainsi qu'il a été dit, le toucher doit être combiné au palper (*exploration digitale combinée*) (fig. 15); les deux mains s'entraident, l'une l'intérieur,

l'autre à l'extérieur, fournissent des résultats bien plus précis et complets que ceux donnés par le toucher ou la palpation, pratiqués isolément.

Quand le doigt n'est pas assez long pour atteindre l'organe qu'on veut explorer, l'autre main, venant en aide à travers la paroi abdominale, amène en l'abaissant l'organe réfractaire.

C'est ainsi que d'une façon indirecte s'allonge le doigt, qui par l'exercice arrive à explorer avec facilité tout le contenu pelvien.

Le secret de l'exploration génitale consiste à savoir jouer de la paroi abdominale.

On peut décrire cinq étapes au toucher vagino-utérin :

- 1° Etape vulvaire,
- 2° — vaginale,
- 3° — utérine,
- 4° — péri-utérine,
- 5° — pelvienne.

1° ÉTAPE VULVAIRE

La vulve étant facilement accessible à la vue, le gynécologue explorera avec plus de fruit cette région par l'œil que par le doigt¹.

Dans cette première étape vulvaire, il est deux orifices qu'il faut s'habituer à reconnaître facilement.

L'*urétral*, pour pratiquer le cathétérisme, quand la femme ne veut pas être découverte ou que l'œdème vulvaire gêne l'accès du vestibule.

Le *vaginal*, qui doit conduire le doigt vers le col utérin.

On commencera par la *recherche de l'orifice vaginal* : pour ce faire, l'index tenu verticalement sera, en cheminant le long de la face interne des cuisses, amené au contact de la région vulvo-périnéale, arrêté en ce point le long de son bord radial, il sera promené transversalement à la surface des organes génitaux jusqu'à ce qu'il rencontre la fente vulvaire; à ce moment l'extrémité du doigt se trouve, en général, au contact du périnée, et en la remontant légèrement, elle arrive au niveau de l'orifice vaginal, dans lequel elle pénètre sans difficulté.

Pour déterminer la *situation de l'orifice urétral*, l'index après avoir trouvé l'orifice vaginal, explore de bas en haut le vestibule, et rencontre un petit pertuis, du diamètre d'une lentille environ, qu'il saisit avec un peu d'exercice reconnaître assez aisément. Quand cet orifice est trouvé, il est facile de porter jusqu'à lui le cathéter, qu'on veut faire pénétrer dans la vessie.

2° ÉTAPE VAGINALE

Le doigt en parcourant le vagin de la superficie vers la profondeur franchit

¹ Quelques femmes refusent par pudeur l'inspection des organes génitaux et permettent le toucher; c'est une pudeur bien mal comprise, car le toucher vulvaire, s'adressant à des organes d'une sensibilité spéciale très accentuée, est loin d'offrir la décence et la réserve de l'examen oculaire.

successivement l'orifice vulvo-vaginal, où il peut être arrêté par le constricteur de la vulve (vaginisme inférieur).

Un peu plus loin un nouvel anneau musculaire constitué par le releveur coccy-périnéal, et qui peut également se contracter ou se contracturer (vaginisme supérieur).

Continuant son chemin, le doigt suivant tantôt la paroi antérieure, tantôt la postérieure, tantôt la latérale droite ou gauche, arrive dans les culs-de-sac correspondants, qui entourent en couronne le col de l'utérus.

Je signale en passant l'importance de rechercher attentivement les vagins doubles, qui passent souvent inaperçus¹.

3^e ÉTAPE UTÉRINE

Pour atteindre le col utérin dans les cas difficiles il faut, le siège de la femme étant élevé :

1^o Abaisser le coude jusque sur le plan du lit; on place ainsi le doigt dans la bonne direction pour arriver au but;

2^o Écarter successivement les grandes et petites lèvres de chaque côté, de manière à insinuer la main entre elles; grâce à cette petite manœuvre, on pénètre aisément à un travers de doigt plus loin.

Quand le col utérin est examiné, on peut en déprimant successivement chaque cul-de-sac, pendant que la main abdominale appuyée de haut en bas dans la direction ombilico-coccygienne, explorer les faces antérieure, latérales et postérieure de l'utérus.

4^e ÉTAPE PÉRI-UTÉRINE

En déprimant la paroi vaginale, circulairement du cul-de-sac postérieur à l'anérieur, le doigt rencontre :

Le rectum	} ligaments larges.
L'ovaire.	
La trompe.	
Le ligament rond.	
Les vessie, urètères, urètre.	

¹ A l'hôpital de Lourcine pendant mon internat, j'ai soigné et examiné au spéculum une jeune femme atteinte de vaginite, et ne me suis aperçu de la duplicité du vagin qu'au bout de quelques examens. D'autres personnes avaient également laissé passer la malformation. Une année auparavant cette même femme était restée pendant deux mois dans une autre salle du même hôpital, soignée pour une maladie génitale, et sur son observation le vagin double n'était pas mentionné. La cloison arrivait à un centimètre de l'orifice vaginal.

Dans un autre cas, examinant avec un collègue, une femme en travail, l'ayant touchée l'un et l'autre d'une main différente nous arrivions sur un col, dont les modifications n'étaient pas les mêmes. Aucun de nous n'avait remarqué la duplicité du vagin qui s'étendait jusqu'à l'orifice vulvo-vaginal (on pouvait voir la cloison en écartant les grandes et les

L'exploration de l'ovaire, des trompes et surtout du ligament rond et des urètères demande une grande habitude du toucher; parfois le doigt le plus exercé ne peut les sentir.

La direction, dans laquelle le doigt quittant l'utérus rencontrera ces différents organes, est représentée par les flèches de la figure 17.

Ces divers organes sont plus faciles à trouver, quand ils deviennent le siège d'une affection pathologique quelconque, et c'est d'ailleurs, en pareille circonstance que leur exploration devient utile.

Tous les ligaments, qui sont dans la sphère utérine (ligaments utéro-sacré, tubo-ovarien, utéro-ovarien, utéro-pubien, rond), ne peuvent être que difficilement sentis par le doigt à l'état normal parce qu'ils ne sont pas tendus.

La *tension* seule les révèle au doigt explorateur, qu'elle soit *pathologique* ou *artificielle*.

Pathologique, quand une inflammation locale source de rétraction, un déplacement utérin ou une tumeur en est la cause.

Artificielle, lorsque le doigt ou un instrument écarte l'utérus, et par cette action arrive à tirer ces ligaments.

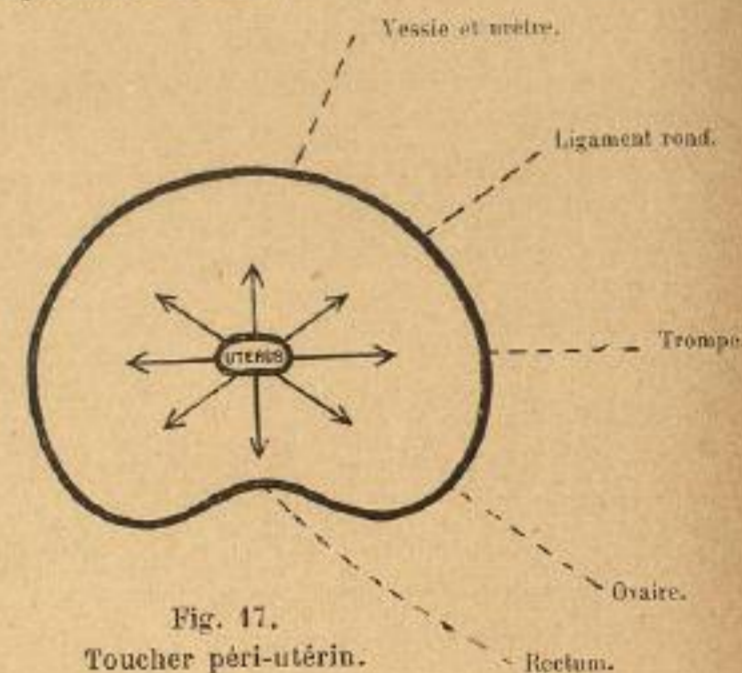


Fig. 17.
Toucher péri-utérin.
Flèches indiquant la direction dans laquelle le doigt devra rayonner pour l'exploration péri-utérine.

5^e ÉTAPE PELVIENNE

En déprimant fortement le vagin et les tissus mous avoisinant, on peut sans douleur réelle pour la femme, explorer la paroi pelvienne, et même arriver jusqu'au détroit supérieur et à l'angle sacro-vertébral.

Résumant ce qui vient d'être dit au sujet de l'exploration péri-utérine et le complétant par les détails de l'exploration pelvienne, nous aurons successivement en partant des divers culs-de-sac et en suivant la direction des flèches du schéma 17 :

1^o Cul-de-sac postérieur :

- a. Rectum.
- b. Coccyx, sacrum, promontoire.

petites lèvres). Nous retouchâmes une seconde fois la femme sans nous apercevoir de la malformation génitale, et à un troisième examen seulement, le doigt ayant accidentellement rencontré la cloison, notre désaccord s'expliqua; chacun de nous, placé d'un côté différent de la femme, pénétrait en pratiquant le toucher, dans un vagin différent.

2° *Cul-de-sac antérieur* :

- a. Vessie, uretères, urètre.
- b. Pubis. Points supérieur et inférieur de la symphyse.

3° et 4° *Culs-de-sac latéraux* :

1° Direction du ligament rond.

- a. Ligament rond.
- b. Branche ischio-pubienne. Trou obturateur. Branche ilio-pectinée.

2° Direction de la trompe :

- a. Trompe.
- b. Ischion et épine sciatique, quadrilatère-cotyloïdien. Déroit supérieur correspondant.

3° Direction de l'ovaire :

- a. Ovaire.
- b. Grand et petit ligaments sacro-sciatiques. Grande échancrure sciatique. Déroit supérieur correspondant.

Le toucher vaginal est sans danger à la double condition d'être fait avec des doigts aseptiques dans un vagin également aseptique, et d'être pratiqué avec douceur.

Si ces précautions en effet ne sont pas prises, on peut voir des accidents septicémiques (lymphangite péri-utérine) être la conséquence du toucher, l'ongle ayant blessé le col et inoculé à ce niveau des microbes.

En outre, si le toucher est fait avec brusquerie, on peut amener la rupture d'abcès salpingiens ou autres, avec accidents péritonitiques promptement mortels.

c. *Exploration instrumentale.*

SOMMAIRE

a. Exploration génitale . . .	1. Vagin. — Spéculum.	2. Utérus . . .	Examen indirect . . .	Hystéromètre.
			Examen direct . . .	Endoscope. Toucher. Inspection.
b. Exploration urinaire . . .	3. Annexes.	4. Urètre.	5. Vessie.	6. Uretères.
	4. Urètre.			
	5. Vessie.			
c. Exploration intestinale . . .	6. Uretères.	7. Anus et rectum.		
	7. Anus et rectum.			

1° VAGIN

Pour permettre l'exploration oculaire du vagin, l'emploi d'un instrument spécial écartant les parois de cette cavité est indispensable; le spéculum (de *specere*, regarder) répond à cet usage.

Le nombre des spéculums inventés ou modifiés par les gynécologues est considérable et égale presque celui des forceps en obstétrique; je me limiterai à la description des types principaux et indispensables.

Les spéculums se divisent en deux grandes catégories : les uns en forme de tubes, les autres constitués par une ou plusieurs valves.

a. — SPÉCULUMS TUBULÉS.

Le plus connu et le plus employé est celui de Fergusson (fig. 18).

Il se compose d'un cylindre, évasé d'un côté et taillé en bec de flûte de l'autre, de manière à faciliter son entrée dans l'orifice vulvo-vaginal.

Ce tube est tantôt en caoutchouc durci et garni en son intérieur d'une véritable glace, tantôt en métal; cette dernière variété est de beaucoup préférable car elle est moins fragile, plus aseptique, et permet de faire avec plus de sécurité les applications caustiques sur le col, ou les cautérisations au fer rouge¹.



Fig. 18. — Spéculum de Fergusson.

b. SPÉCULUMS VALVÉS.

1° *Multivalves*. — Tel le spéculum de Ricord à quatre valves (fig. 19); il en existe encore de plus compliqués.

Ces spéculums ne présentent aucun avantage sérieux sur les bivalves qu'on leur préfère généralement et avec raison.

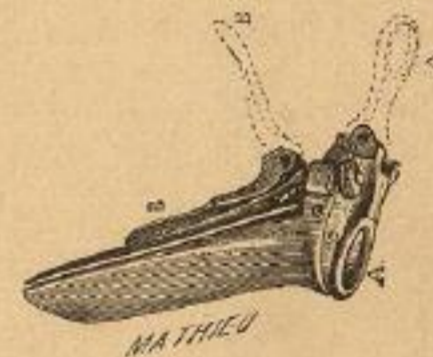
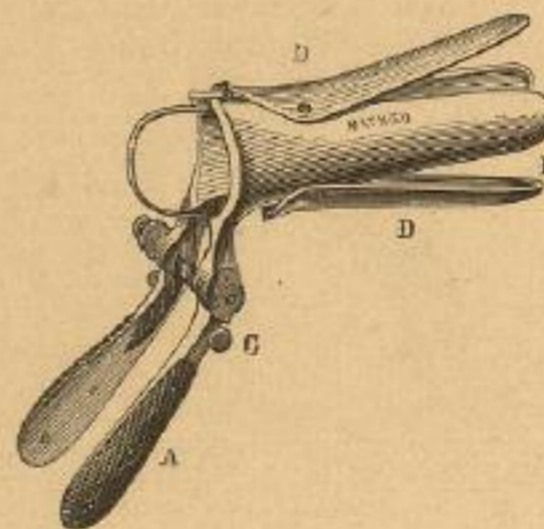


Fig. 19. — Spéculum quadrivalve de Ricord. Fig. 20. — Spéculum bivalve de Cusco.

2° *Bivalve*. — Le spéculum de Cusco (fig. 20) est le modèle le plus commode et le plus parfait de cette variété. Les deux valves dont il se compose, articulées en bec de canard, s'appliquent l'une à la paroi antérieure du vagin, et l'autre à la paroi postérieure; l'écartement de leur extrémité ouvre largement le canal vaginal, et permet de voir avec la plus grande facilité le col de l'utérus.

¹ Le spéculum métallique rend inutile l'usage du spéculum en bois de même forme, qu'on employait fréquemment il y a quelques années.

3° *Univalve*. — Le spéculum de Sims (fig. 21) est le plus connu parmi les univalves.



Fig. 21. — Spéculum univalve de Sims.

Il se compose, il est vrai, de deux valves d'inégal volume, mais chacune d'elles est destinée à être employée à l'exclusion de l'autre.

L'examen vaginal ne se fait que par l'introduction d'une seule valve.

On peut à cet effet se servir des simples écarteurs vulvo-vaginaux, analogues à ceux qui sont employés pour les opérations gynécologiques par la voie vaginale.

4° *Combiné*. — Souvent, pour pratiquer un examen vaginal complet, il est nécessaire soit d'avoir un spéculum bivalve, soit un univalve. Pour éviter de se charger de ces deux instruments, je les ai réunis en un seul (fig. 22).

La valve supérieure mobile permet d'avoir à volonté un spéculum bivalve ou univalve. Le manche de bois est lui-même mobile, et peut, soit être enlevé, soit articulé dans les deux sens indiqués par la figure ci-jointe (fig. 22).

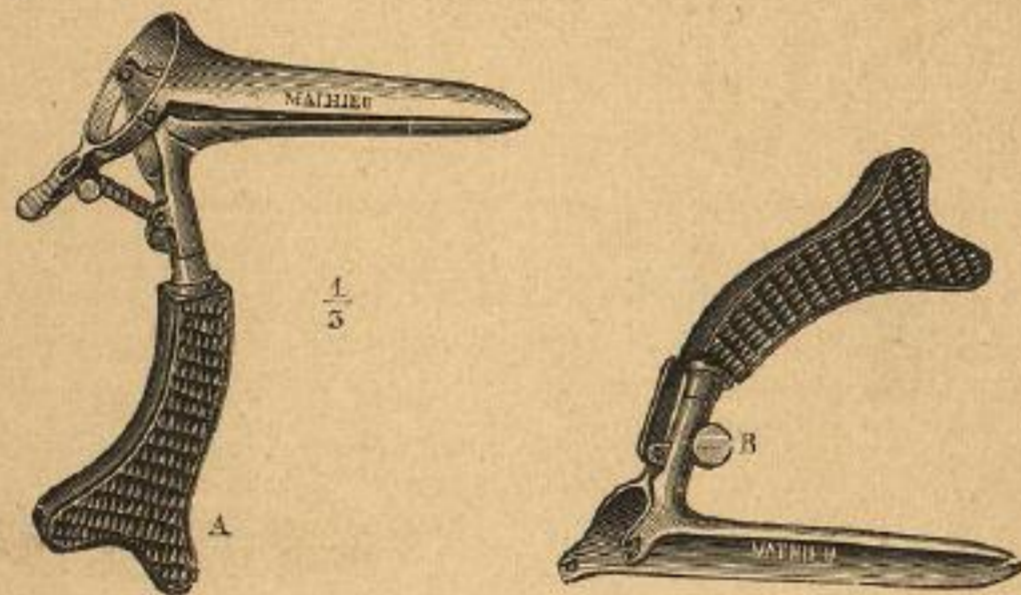


Fig. 22. — Spéculum univalve et bivalve (Auvard).

Connaissant les principales formes de spéculum, étudions leur mode d'emploi dans chacune des positions de la femme :

Position gèneupectorale.

Employer le spéculum univalve, qui, permettant de soulever la paroi postérieure du vagin, donnera à la vue facile accès sur les parois antérieure et latérales.

Position latérale.

La femme étant couchée dans la position latérale ou anglaise indiquée précédemment (fig. 5), on peut se servir d'un spéculum cylindrique ou

bivalve, mais c'est avec raison qu'on donne la préférence à l'univalve (fig. 21).

L'instrument appliqué contre le périnée et la paroi vaginale postérieure est attiré dans la direction du sacrum, de manière à ouvrir largement le vagin.

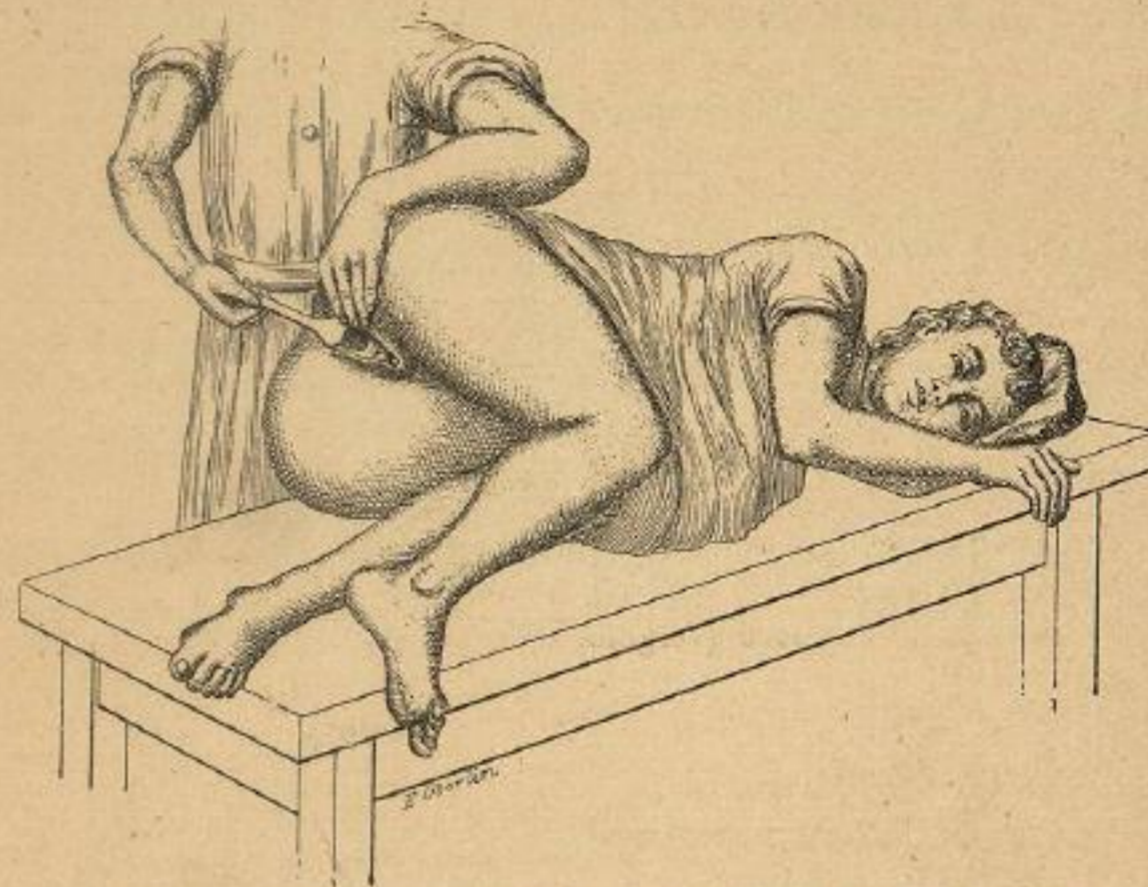


Fig. 23. — Application du spéculum univalve dans la position latérale.

Si la paroi antérieure, insuffisamment entraînée par la pesanteur, ne laisse pas assez largement à découvert le col utérin, on l'éloignera à l'aide du doigt ou d'un écarteur (fig. 24).

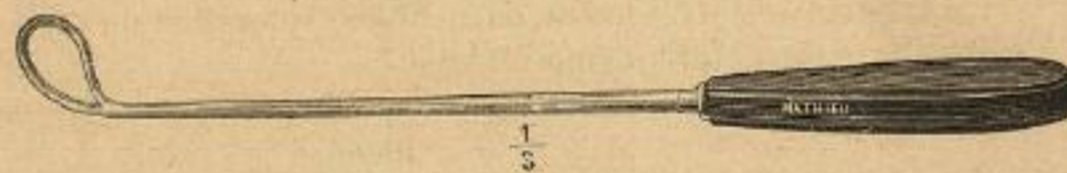


Fig. 24. — Dépresseur de Sims.

Position dorsale.

On fera plus volontiers usage des spéculums cylindriques ou bivalves.

Le spéculum *cylindrique* exige, pour être facilement introduit, qu'au moment où il pénètre à travers l'orifice vulvo-vaginal, on déprime fortement la fourchette avec l'extrémité de l'instrument.

Par cette manœuvre on ouvre en quelque sorte la bouche vaginale qui avale l'instrument.

Pour trouver le col on enfonce le spéculum, en cherchant autant que pos-

sible l'interstice des deux parois vaginales antérieure et postérieure; cet interstice conduit forcément à l'orifice utérin.

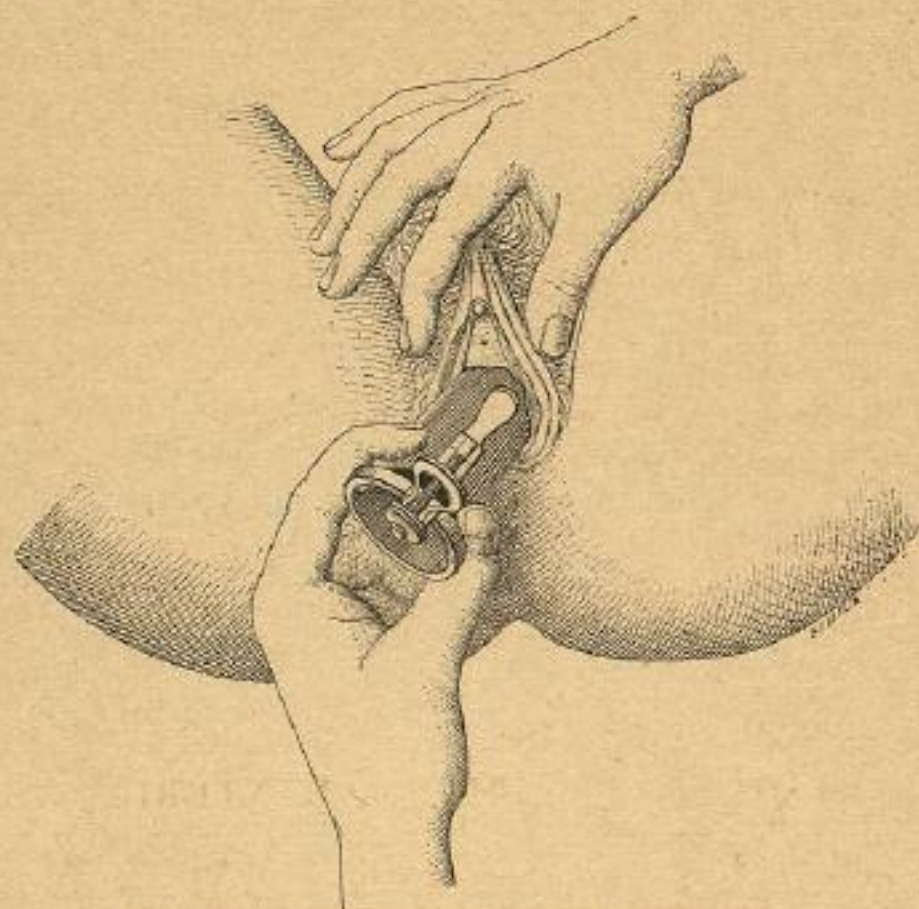


Fig. 25. — Introduction du spéculum bivalve.

L'usage du spéculum *bivalve* est moins douloureux pour la femme, et il permet une exploration plus complète de l'intérieur du vagin.

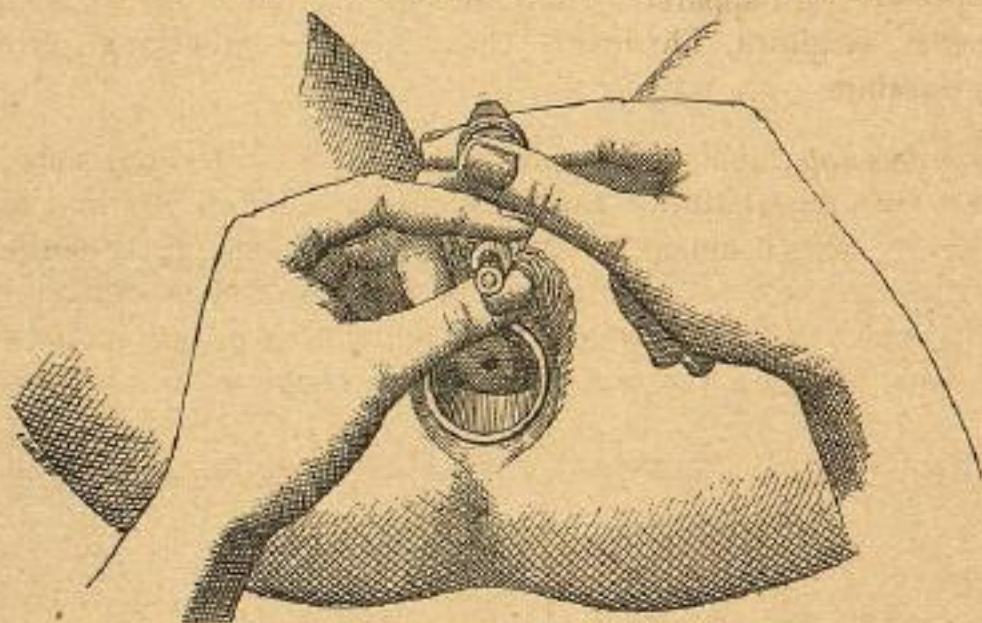


Fig. 26. — Découverte du col.

Pour l'introduire, présenter *obliquement* (fig. 25), à l'orifice vulvo-vaginal l'extrémité des valves, bien appliquées l'une contre l'autre, c'est-à-dire le spéculum fermé.

Après avoir fait pénétrer l'instrument à un ou deux centimètres, le placer transversalement, puis en l'ouvrant légèrement, l'enfoncer, en suivant comme tout à l'heure l'interstice des deux parois vaginales.

Quand le col est découvert on écarte largement les deux valves, et on les fixe dans cette dernière position à l'aide de la vis placée sur les manches à cet effet.

Pour enlever le spéculum, on desserre la vis d'écartement, tout en maintenant éloignées les valves pour ne pas pincer le col, puis on retire doucement l'instrument en le laissant progressivement se fermer; au moment où les valves s'échappent de l'orifice vulvo-vaginal, avoir soin qu'une fausse manœuvre n'amène pas leur écartement, sans quoi elles heurtent la surface vulvaire d'une façon désagréable pour la femme.



Fig. 27. — Un écarteur vaginal.

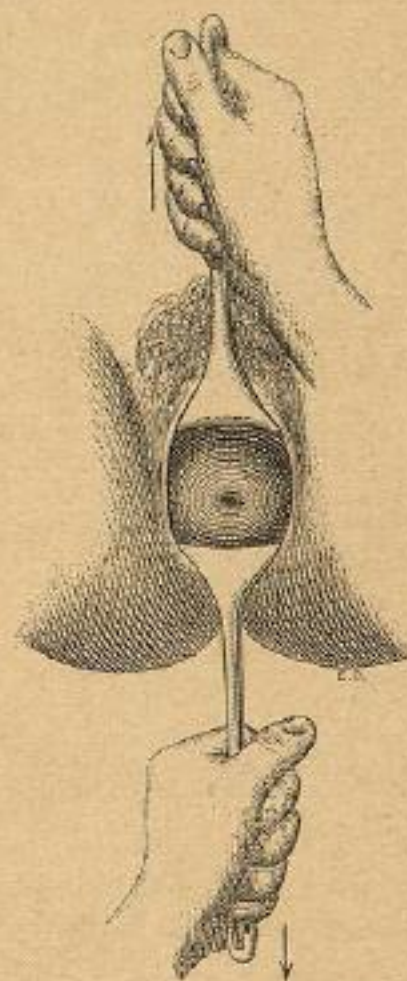


Fig. 28. — Col mis à découvert à l'aide de deux écarteurs vaginaux.

Dans les cas relativement rares où il est nécessaire de découvrir largement le col afin de l'explorer bien complètement, ou encore lorsqu'on veut découvrir un orifice fistuleux dans le fond du vagin, on aura avantage à se servir du spéculum univalve, ou simplement de deux écarteurs vaginaux (fig. 27), l'un soulevant la paroi vaginale supérieure, l'autre abaissant le périnée et la paroi vaginale postérieure, ainsi que l'indique la figure 28.

Pour cette exploration un aide est indispensable afin de tenir une ou les deux valves, pendant qu'on se livre aux manœuvres complémentaires que nécessite l'exploration.

L'examen au spéculum doit, autant que possible, ne pas être omis dans une exploration génitale, car il arrive souvent qu'un état pathologique du col (ulcération, chancre mou) passe inaperçu au doigt alors qu'il devient très net à la vue.

En un mot il ne faut pas croire qu'un col est normal quand il semble tel au doigt, mais s'en assurer par la vue au moyen du spéculum.

2° UTÉRUS

Le spéculum permet d'apercevoir la surface vaginale du col, mais pour explorer l'intérieur de l'utérus, d'autres instruments sont nécessaires.

Une tige rigide, malléable ou souple, introduite dans la cavité utérine mesure l'étendue longitudinale, et vérifie en même temps la direction du canal utérin.

L'instrument dont on se sert pour pratiquer le cathétérisme s'appelle hystéromètre¹.



Fig. 29. — Hystéromètre rigide (Auvard).



Fig. 30. — Hystéromètre malléable de Sims.

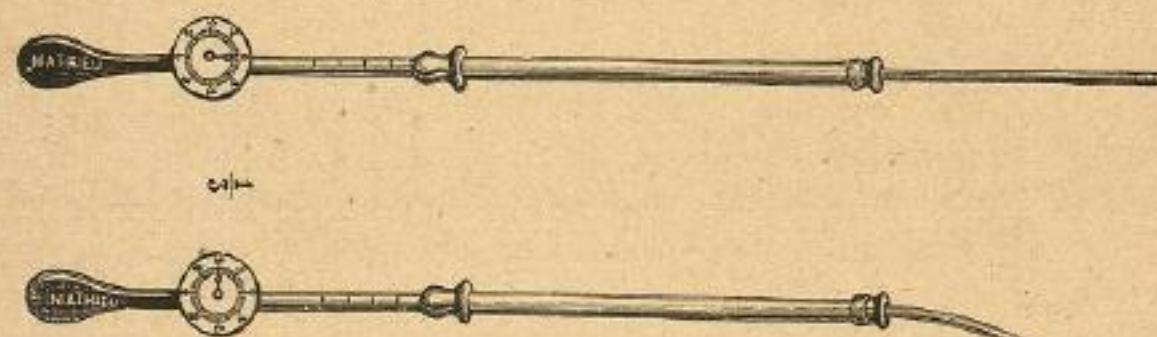


Fig. 31. — Hystéromètre flexible de M. Terrillon, avec cadran indicateur.

Parmi les nombreux hystéromètres je cite les trois suivants, l'un rigide (fig. 29), l'autre malléable (fig. 30), le troisième flexible (fig. 31). Ce dernier a l'avantage de traduire sur le petit cadran les déviations de l'utérus.

L'hystéromètre rigide ordinaire à grosse extrémité bien mousse est le meilleur, car il est le plus aseptique et le plus simple.

¹ ὑστερα matrice, μετρον mesure.

Le plus souvent je me sers pour l'hystérométrie de dilateurs métalliques, construits d'après le modèle à ceux de Hégar, mais qui sont en métal, au lieu d'être en caoutchouc durci comme ceux de cet auteur : l'ensemble de ces dilateurs métalliques est représenté par la figure ci-jointe (fig. 32).

Une graduation inscrite sur le manche, afin que la tige dilatatrice reste

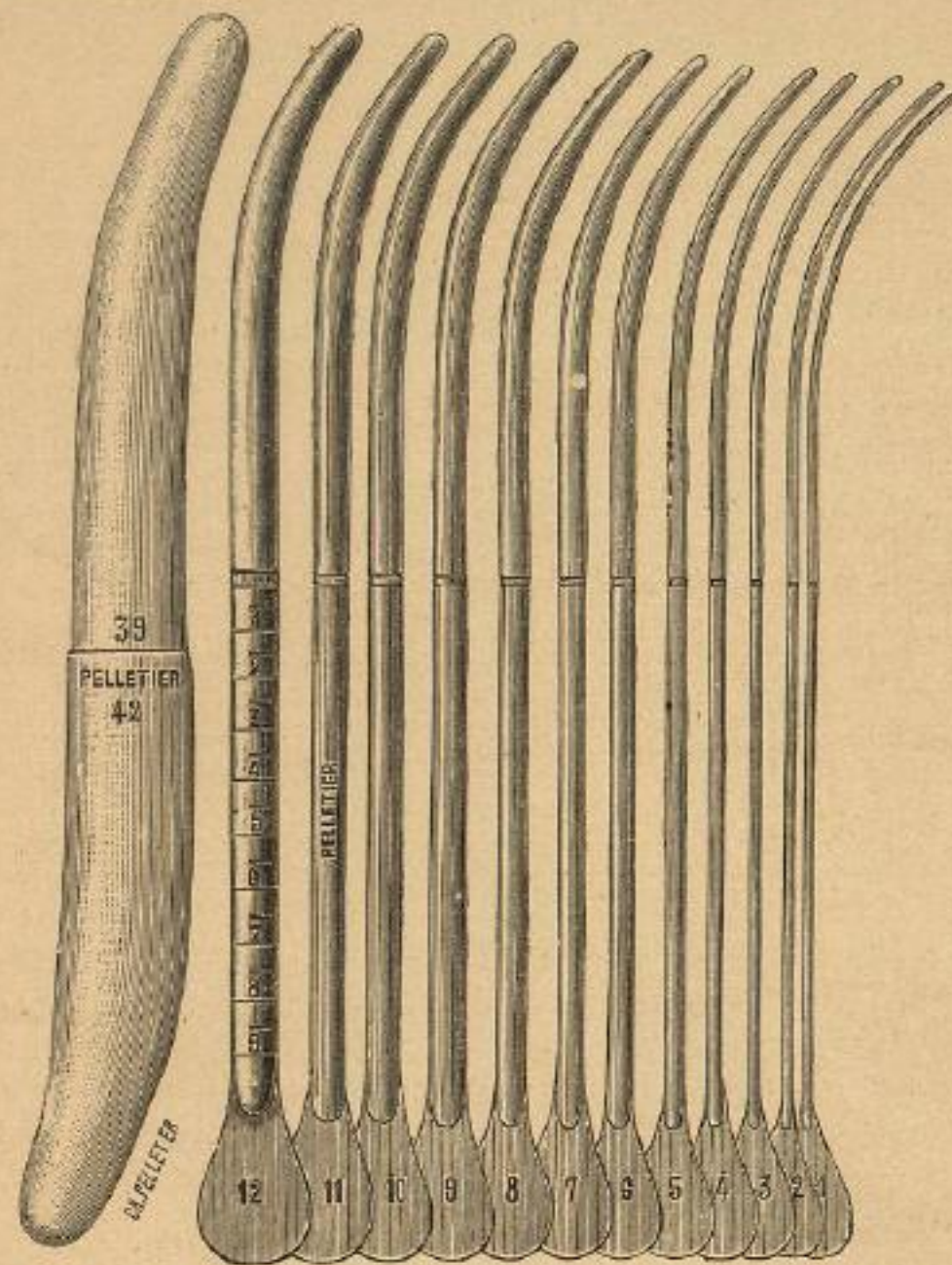


Fig. 32. — Dilateurs métalliques de volume progressif (Auvard).

(Le chiffre de l'hystéromètre indique en millimètres le diamètre de l'instrument. — La série continue après le n° 42 de 3 en 3 millimètres jusqu'à n° 70, et plus loin si on le désire.)

absolument lisse, permet de mesurer la profondeur de l'utérus, en reportant la portion d'un dilateur retiré de l'utérus sur le manche d'un autre dilateur, manche qui, ainsi qu'il vient d'être dit, est gradué.

Ces dilateurs peuvent servir à la fois d'hystéromètre et de dilateur, évitant l'usage de deux instruments différents, et simplifiant par conséquent l'instrumentation du gynécologue.

Avec eux on a en outre l'avantage d'avoir des hystéromètres de différents calibres, ce qui est souvent nécessaire pour l'exploration utérine.

Deux précautions préliminaires sont indispensables toutes les fois qu'on veut pratiquer l'hystérométrie.

1° S'assurer que la femme n'est pas enceinte. S'abstenir en cas de doute;

2° Vérifier s'il n'existe aucune inflammation aiguë ou subaiguë de l'utérus ou de ses annexes; le cathétérisme en effet, pratiqué dans ces conditions, est susceptible d'amener une recrudescence dans les accidents locaux.

On devra renoncer momentanément à l'hystérométrie, si on suppose que l'utérus renferme quelque élément infectieux, auquel un traumatisme intra-utérin pourrait ouvrir la voie des lymphatiques.

L'hystérométrie pour être inoffensive, alors qu'il n'existe aucune contre-indication à son emploi, doit être pratiquée avec *douceur* et *antisepsie*.

Douceur. — C'est dire qu'il ne faut exercer avec l'hystéromètre aucune violence.

Il convient de diriger l'instrument de manière à ce qu'il trouve sa voie et ne se la fraye pas.

Aussitôt que la femme accuse de la douleur on changera la direction de l'instrument, on tâtonnera jusqu'à ce que l'hystéromètre s'enfonce pour ainsi dire spontanément.

L'hystérométrie quand elle est douloureuse est mal faite; d'une façon générale toute exploration gynécologique doit être indolore.

Un bon gynécologue doit, sauf rares exceptions, examiner une femme sans la faire souffrir.

Antisepsie. — La tige de l'hystéromètre, alors qu'elle est métallique, ce qui doit être la règle, sera préalablement flambée.

Si on introduit l'hystéromètre sans spéculum les injections vaginales antiseptiques sont nécessaires, afin d'éviter le transport d'éléments infectieux du vagin dans l'utérus.

Alors qu'on se sert du spéculum cette injection n'est plus indispensable, mais il faudra en pareil cas balayer la surface du col et particulièrement de l'orifice externe avec un tampon de coton hydrophile imbibé d'une solution antiseptique: il sera même préférable, si possible, de faire pénétrer dans la cavité cervicale une pince, armée d'un petit tampon de coton chargé de la solution antiseptique de manière à nettoyer cette cavité.

L'hystérométrie peut être pratiquée dans les trois positions de la femme; on préfère en général la position dorsale ou encore latérale.

L'emploi préalable du spéculum facilite l'accès du col, mais il modifie la situation normale de l'utérus, et empêche par conséquent de recueillir un des principaux renseignements qu'on demande à l'hystéromètre, c'est-à-dire la direction du canal utérin.

Aussi est-il préférable de pratiquer le cathétérisme sans spéculum, de la façon suivante: l'extrémité de l'hystéromètre est portée jusqu'au museau de tanche à l'aide de l'index seul ou de l'index et médius de la main droite introduits dans le vagin (fig. 33), puis tout en laissant le ou les doigts en

place, on pousse avec l'autre main lentement le cathéter dans la direction supposée de la cavité utérine.

L'hystéromètre pénètre sans difficulté jusqu'à l'isthme au niveau duquel il est en général arrêté; on incline alors la pointe en différents sens, au besoin on imprime un mouvement de rotation à l'instrument qui ne tarde pas à s'avancer jusqu'à ce qu'il arrive au fond de l'utérus; ce dont on est averti par la résistance qu'on éprouve, et par une légère douleur à tendance suffocante éprouvée par la femme.

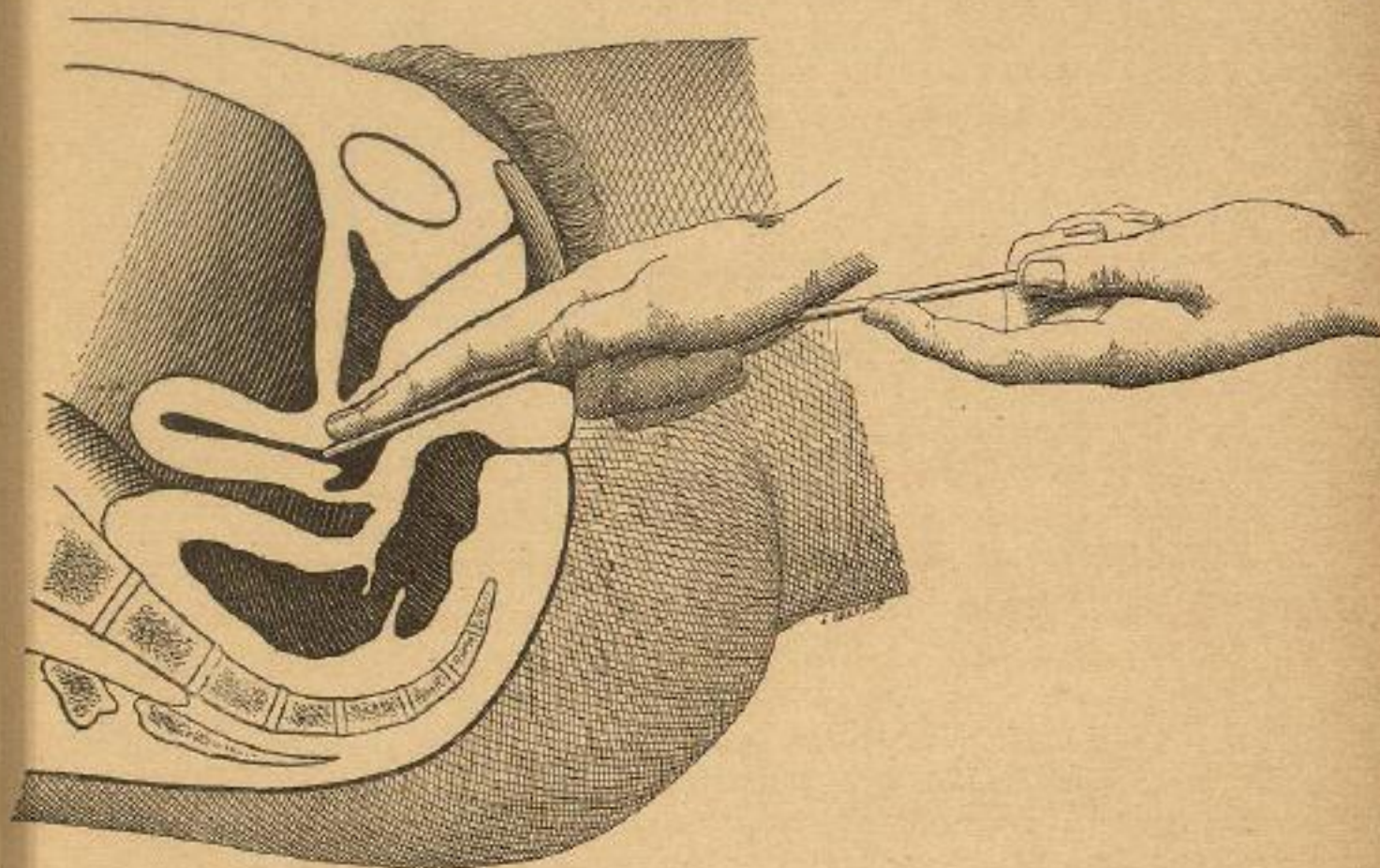


Fig. 33. — Introduction de l'hystéromètre sans le spéculum à l'aide des doigts.

On retire l'instrument, en maintenant le doigt vaginal au point de la tige, qui correspondait à l'orifice externe; on peut ainsi mesurer la longueur de l'utérus.

Quant à la direction du canal utérin elle est appréciée par les mouvements imprimés à l'hystéromètre au fur et à mesure de sa pénétration.

L'hystérométrie ne devra être faite qu'avec circonspection, et que quand elle est indispensable pour parfaire un diagnostic, car même pratiquée avec douceur et avec toute l'antisepsie désirable, elle expose à des accidents parfois inévitables, et qui tiennent à la sensibilité même du sujet.

A côté des femmes pour lesquelles l'introduction de l'hystéromètre est indifférente, et qui la supportent avec la même facilité que l'application du spéculum, il en est qui accusent une douleur très vive au moment de la pénétration de l'instrument.

Cette douleur peut être locale, dans d'autres cas se traduire par une véritable angoisse due à une tendance à la syncope.

Ces phénomènes d'angoisse existent surtout alors que l'instrument traverse l'isthme ou qu'il arrive au contact du fond de l'utérus, ce sont là les deux points angoissants du cathétérisme utérin.

L'angoisse peut aboutir à une véritable syncope; on a même noté à la suite d'une simple hystérométrie faite avec toutes les précautions voulues des cas de mort subite¹.

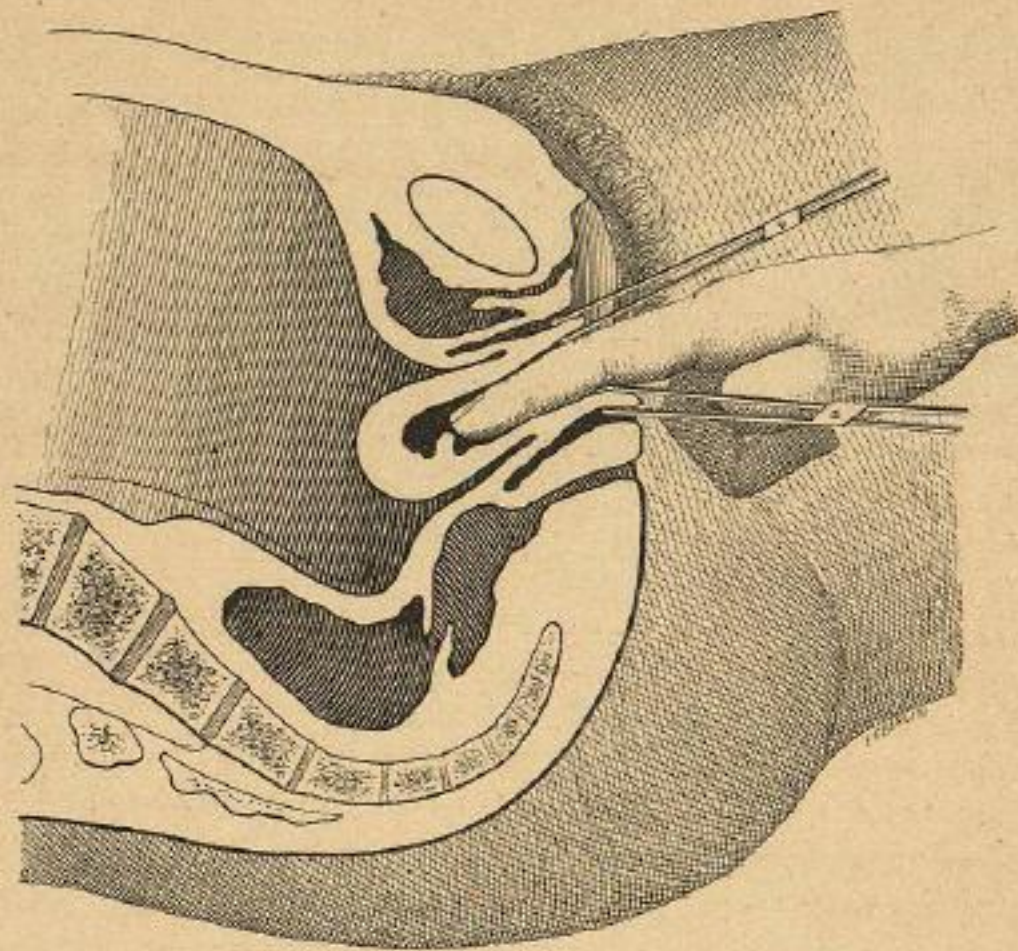


Fig. 34. — Toucher intra-utérin avec abaissement de l'utérus.

Ces accidents heureusement très exceptionnels, s'ils ne doivent pas faire abandonner l'hystérométrie, moyen de diagnostic précieux en un assez grand nombre de cas, doivent rendre circonspect dans son emploi.

En faire usage ainsi qu'y sont habitués certains gynécologues, comme méthode d'exploration courante, constitue un véritable abus.

Au lieu de cet examen indirect de la cavité utérine, on peut procéder à un examen direct avec l'endoscope, le doigt, ou en ouvrant suffisamment la cavité utéro-cervicale, pour permettre l'inspection directe.

L'usage de l'endoscope est abandonné, car cet instrument ne laisse voir que des détails insignifiants.

¹ Voir thèse Bonvalot, 1892. *De la mort subite; phénomènes d'inhibition ayant pour point de départ l'utérus.*

Le *toucher utérin* (fig. 34) est au contraire une source précieuse de diagnostic; il exige pour être pratiqué deux précautions préalables :

1° La dilatation du col;

2° L'abaissement de l'utérus que nous étudierons au chapitre *Opérations*.

On arrive ainsi à faire pénétrer le doigt dans la cavité utérine, et à découvrir les altérations de la muqueuse, les tumeurs, les malformations dont l'organe peut être le siège.

Pour permettre à la vue l'accès direct de la cavité utérine, on a proposé divers dilateurs ou spéculums intra-utérins, tel celui représenté par la figure 35; mais ces instruments ne donnent pas une ouverture suffisante du



Fig. 35. — Spéculum intra-utérin de Barnes.

col, et il est nécessaire de dilater plus largement le canal cervical, ce qu'on pourra obtenir à l'aide de la *méthode de Vulliet*, qui sera décrite ultérieurement.

3° ANNEXES

Les annexes, à moins d'ouverture de la cavité abdominale, sont à peu près inaccessibles à l'exploration instrumentale.

La ponction capillaire de certains kystes doit être mentionnée ici comme pouvant fournir de précieux renseignements.

Peut-être arrivera-t-on à explorer par l'utérus la trompe pathologique, de même qu'on pratique le cathétérisme des urètres par la vessie, mais l'examen gynécologique est encore loin d'atteindre ce degré de perfection.

4° URÈTRE

L'urètre peut être exploré à l'aide d'un cathéter métallique ou élastique, permettant d'en reconnaître la sensibilité et la largeur. On a également préconisé des endoscopes urétraux et vésicaux dont l'usage est très restreint, mais qui pourront être utiles en certains cas.

L'emploi d'un spéculum spécial (fig. 36) pourra parfois rendre quelques services.

Je ne parle pas du toucher après dilatation préalable dont il a été précédemment question.

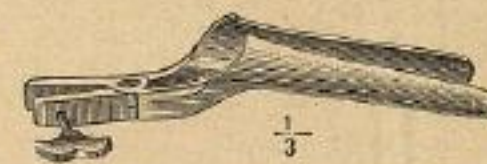


Fig. 36. — Spéculum urétral (Mathieu).

5° VESSIE

L'exploration instrumentale, la plus pratiquée pour la vessie, et la plus

féconde en renseignements se fait avec un cathéter métallique, permettant d'en parcourir toute la surface.

6° URETÈRES

Le cathétérisme des uretères a quelques avantages pratiques. Il permet de rétablir la perméabilité du canal obturé à la suite de coliques néphrétiques, de faire cesser la rétention d'urine dans le bassin, et d'enrayer les progrès de l'hydronéphrose.

En s'assurant du bon fonctionnement d'un rein, il a été possible de pratiquer la néphrectomie du côté opposé, et dans d'autres cas, les troubles fonctionnels du rein opposé ont contre-indiqué l'opération.

Alors que le diagnostic était hésitant entre une tumeur ovarienne et un rein flottant malade, le cathétérisme de l'uretère correspondant a fait reconnaître la tumeur ovarienne à la direction régulière du canal et à l'intégrité de la fonction rénale.

Enfin, chez une hématurique, la constatation successive du sang dans chacun des uretères a permis d'écarter le diagnostic d'affection organique d'un rein à opérer, et conduit au diagnostic d'une double pyélite chronique.

Trois procédés ont été préconisés pour pratiquer le cathétérisme de l'uretère :

Celui de *Simon*, qui consiste à dilater préalablement l'urètre, de manière à pouvoir y introduire le doigt et à guider avec son aide la sonde jusqu'à l'orifice urétérique.

Celui de *Crünfeld* et *Newman*, dans lequel un endoscope permet de voir l'orifice de l'uretère et d'y porter la sonde.

Ces deux procédés sont inférieurs à celui de *Pawlik*, qui est le plus généralement suivi.

Procédé de Pawlik. — Pawlik se sert d'une sonde métallique terminée par une extrémité boutonnée et dans laquelle on peut glisser un mandrin (fig. 37).

La femme est placée dans la position genupectorale ou dans la position de la taille. Cette dernière est beaucoup plus commode pour la femme et le plus souvent adoptée.

On déprime le périnée avec un spéculum de *Simon* (fig. 38), de manière à tendre transversalement la paroi vaginale supérieure. Cette tension a l'énorme avantage de rendre plus saillants les bords du trigone vésical.

Fig. 37. — Cathéter urétéral de Pawlik.

On introduit alors la sonde dans la vessie; aussitôt que l'extrémité a dépassé l'orifice urétral, on dirige la pointe vers le bas-fond de la vessie en la poussant latéralement; elle rencontre là une rigole, qui la conduit jusqu'au niveau de l'orifice urétérique.

Arrivée là et retenue, la sonde doit être animée de petits mouvements de glissement, de rotation, d'élévation et d'abaissement jusqu'à ce qu'elle ait pénétré.

On reconnaît que la sonde est dans l'uretère, aux conditions suivantes :

Elle ne trouve plus de résistance à cheminer en avant, alors que les mouvements de latéralité sont gênés;

Ouverte, elle laisse échapper un jet saccadé d'urine, tandis que l'évacuation de la vessie est continue;

En injectant un liquide coloré dans la vessie, suivant que le liquide qui revient par la sonde est coloré ou de l'urine normale, on saura où se trouve l'extrémité de la sonde.

Le cathétérisme de l'uretère est rarement suivi de complications (fièvre, douleurs abdominales, péritonite partielle).

Quant aux difficultés, elles sont nombreuses et tiennent soit aux anomalies des uretères, soit aux états pathologiques divers qui altèrent leurs configuration et situation normales.

D'une façon générale cette exploration est peu usitée à cause des difficultés de son exécution. Je crois que *Pawlik* et *Howard A. Kelly*¹ sont à peu près les seuls gynécologues à la pratiquer d'une façon usuelle.

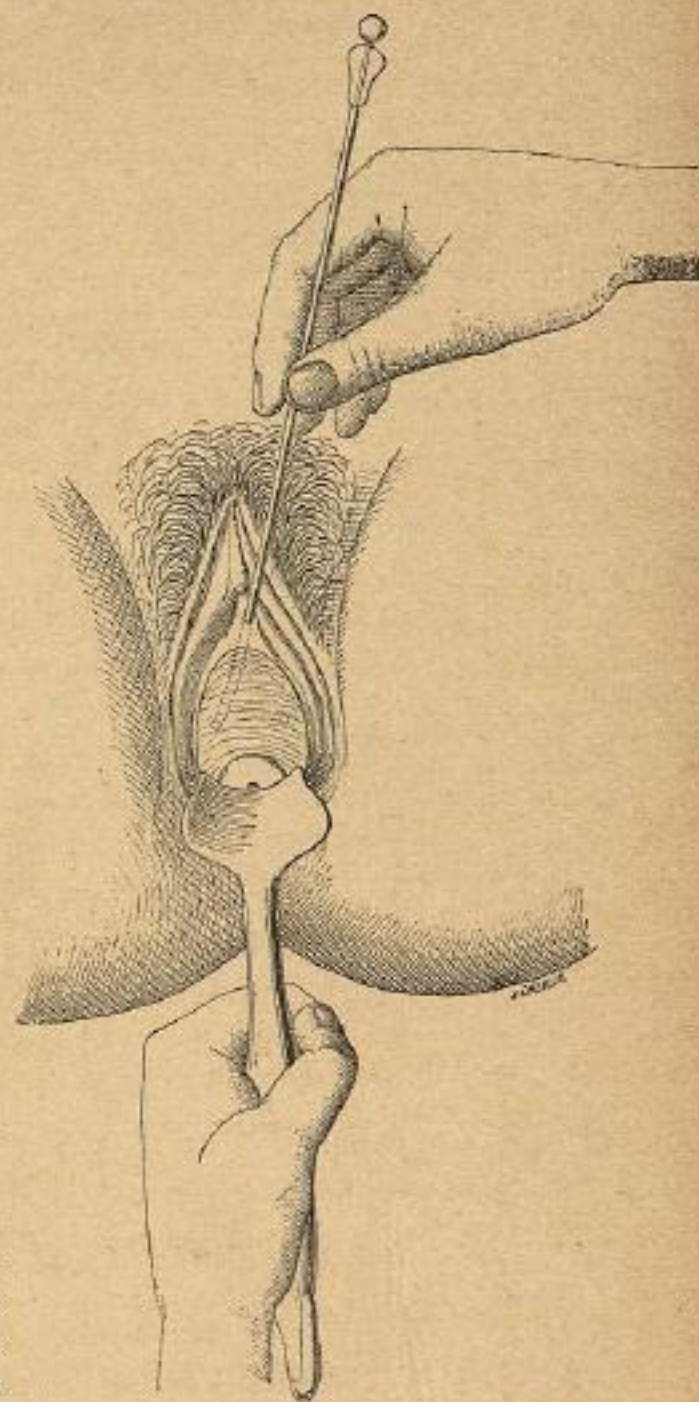


Fig. 38. — Cathétérisme de l'uretère droit.

7° ANUS ET RECTUM

A l'aide d'un spéculum vaginal, ou mieux d'un spéculum spécial, comme celui représenté par la figure 39, il est possible d'explorer la surface du conduit anal, et de la partie inférieure du rectum.

Cet examen ne se fera bien que si la patiente est anesthésiée.

¹ *American, J. of obstetrics*, 1892, n° 6.

f. Procédés d'exception.

Comme procédés exceptionnels d'exploration gynécologique, je mentionnerai :

1° Les examens micrographique et microbiologique.

Le premier pouvant fournir des renseignements précieux, alors par exemple qu'il s'agit de déterminer la nature néoplasique d'une ulcération du col.



Fig. 39. — Spéculum ano-rectal de Trélat.

Le second capable de déterminer la nature de certains écoulements, par exemple, la nature blennorrhagique d'une vaginite, en permettant de constater la présence du gonococcus.

2° L'anesthésie exploratrice sera parfois indispensable pour le diagnostic de tumeurs abdominales, ou pour l'examen vaginal, quand la sensibilité ou la résistance de la paroi abdominale dans le premier cas et l'hyperesthésie de l'orifice vulvo-vaginal dans le second, rendent l'exploration impossible sans l'aide du sommeil artificiel.

3° Enfin, la laparotomie exploratrice, de même que la simple ponction dans d'autres cas, est parfois indispensable pour éclairer un diagnostic hésitant.

Mais, ainsi que je l'indiquai au début, ces moyens d'exploration ne font pas partie de ceux qu'emploie journellement le gynécologue, qui doit se montrer aussi sobre que possible de l'anesthésie et surtout de la laparotomie à cause des dangers auxquels elle expose la femme.

3° ÉTUDE DES AUTRES SYSTÈMES ET DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

Alors qu'on fait une exploration gynécologique, il ne faut pas se borner simplement à l'examen du système génital, sans quoi on s'expose à un diagnostic incomplet et par là même très préjudiciable au succès du traitement qu'on ordonne.

Si par exemple chez une cardiaque atteinte de métrorragies, on ne prête attention qu'aux hémorragies utérines, sans se préoccuper de l'état du cœur; outre qu'on aura vraisemblablement méconnu la véritable nature de ces hémorragies, il est probable que le traitement institué, laissant le cœur de côté, n'aura qu'une influence très médiocre sinon nulle sur les accidents.

Autre exemple : voici une femme qui présente un épithélioma au début, justiciable de l'hystérectomie vaginale totale; le gynécologue oublie d'examiner les autres systèmes, notamment l'urine, or, il existe une albuminurie intense dépendant d'une néphrite ancienne. — Il opère, la malade meurt des suites, à cause de l'état de ses reins. — L'opérateur est fautif parce qu'il a borné son examen au seul système génital; s'il avait connu l'état des reins, ou il n'aurait pas opéré, ou il aurait fait subir à sa malade un traitement préparatoire.

Les exemples qui démontrent la nécessité de cet examen complet sont pour ainsi dire quotidiens et prouvent, en outre, que le gynécologue ne doit pas seulement connaître la pathologie du système génital, mais avoir des idées très précises sur toute la pathologie.

Cet examen devra être complet et porter sur les points suivants, que je me contente d'énoncer ici :

a. État général.

1° aigu.

Fièvre.

Affaiblissement.

2° chronique.

Diathèses. — Bien que les diathèses soient actuellement délaissées, il y a lieu de savoir si le sujet auquel on a à faire est :

une lymphatique;

une nerveuse;

une arthritique;

et de diriger le traitement général, complémentaire du traitement local, en conséquence.

b. État local.

1° Système nerveux : Neurasthénie. Hystérie. Névralgies.

2° Système cardio-pulmonaire.

3° Système digestif et ses annexes : (foie). — État de la digestion stomacale et intestinale. Défecation.

4° Système urinaire : Diabète. Albuminurie. État des reins, des uretères, de la vessie, de l'urètre.

IV

PRONOSTIC GÉNÉRAL

Le pronostic des génitopathies est soumis à des influences trop diverses pour qu'il soit possible d'en tracer ici autre chose qu'une esquisse.

Il dépend en effet :

De la maladie même; on ne saurait en effet comparer un cancer et une endométrite.

De la femme; les sujets robustes, fortement constitués, mèneront à guérison une génitopathie, plus facilement que des névropathes et des chlorotiques.

Des conditions où la patiente est placée; une femme obligée de travailler pour vivre, se soignera difficilement, et ne saurait guérir aussi rapidement que la fortunée, dont tous les loisirs peuvent être employés à sa propre cure.

Enfin et surtout du *traitement*; il n'est pas ou presque pas de maladies génitales qui guérissent spontanément; mais avec une bonne thérapeutique, sagement conduite, on peut venir assez promptement à bout de toutes les maladies guérissables.

Dans le prochain chapitre nous examinerons les ressources que cette thérapeutique nous fournit, et nous verrons plus tard, à propos de chaque maladie, l'usage que nous devons faire de ces différents moyens.

CHAPITRE II

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE