CHAPITRE PREMIER

L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

A — Topographie des organes pelviens

L'anatomie topographique du bassin est demeurée longtemps encombrée d'erreurs, parce qu'on appliquait à la femme vivante les résultats obtenus sur la table de dissection. Des essais entrepris sur des cadavres congelés pour l'obtention, après ouverture préalable de la cavité abdominale, des diverses coupes du bassin, est née la coupe pelvienne si connue de *Kohlrausch*, qui donne en effet la représentation exacte d'un état physiologique.

Néanmoins cette coupe ne peut servir de base à notre étude; car elle nous montre la position réciproque des organes du bassin, lorsque la vessie et le rectum sont distendus par leur contenu. Or l'état de vacuité de ces deux réservoirs est précisément une condition indispensable pour établir les rapports exacts des viscères pelviens.

Pour nous rendre compte de la topographie de ces viscères, il nous faut trois coupes différentes : la première porte sur un cadavre congelé en décubitus dorsal, la vessie et le rectum étant vidés (fig. 1); dans la deuxième la vessie est en état de réplétion (fig. 2); et dans la troisième le rectum a conservé son contenu (fig. 3).

En comparant alors les connaissances acquises à l'aide de

l'examen cadavérique avec les résultats fournis par l'exploration chez la femme vivante (1), on acquiert l'assurance que l'utérus a

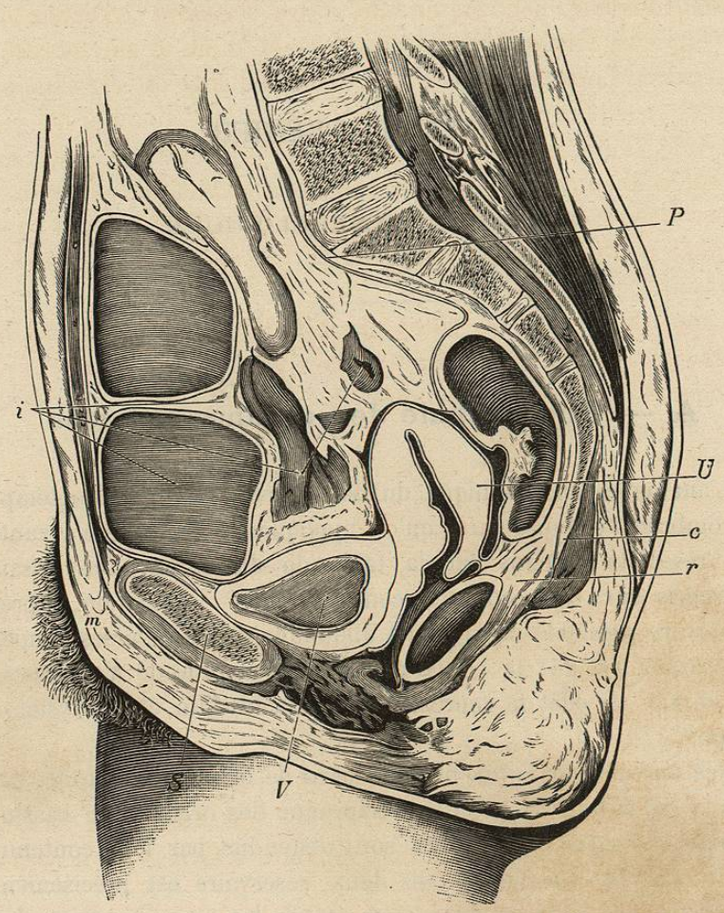

Fig. 1. — Coupe médiane du bassin, la vessie et le rectum étant à l'état de vacuité. (Pirogoff.

U. Utérus.	*r.* Rectum.	*i.* Intestin.
S. Symphyse du pubis.	*V.* Vessie.	*P.* Promontoire.
c. Coccyx.	*m.* Mont de Vénus.	

une position très peu fixe et que, grâce à ses connexions avec les organes voisins, il est sous la dépendance de l'état de ces derniers.

(1) B. S. Schultze. *Jenaische Zeistchr, f. Med. u. Naturwiss.* 1864 et 1870. — *Monatsschrift f. Geburtsh,* XXXII, 1868. — *Pathologie et traitement des déviations utérines.* Berlin, 1881.

Selon leur plus ou moins de plénitude, il plonge dans le bassin à une telle profondeur que son col atteint presque le plan du détroit inférieur, pendant que le corps, obéissant à l'action de la pesanteur, tombe dans l'excavation pelvienne et se rapproche du sacrum. Lorsque la vessie est pleine, l'utérus est repoussé en haut et en arrière; lorsqu'au contraire c'est le rectum qui n'a pas été vidé, l'utérus s'élève de beaucoup au-dessus du plan du détroit inférieur et se rapproche de la paroi abdominable. Les deux réservoirs sont-ils à la fois tous deux distendus, l'utérus prend une position analogue à celle qu'indique la fig. 4, coupe médiane de *Kohlrausch.*

D'après les recherches faites par *Carl Ruge* à la clinique de *Schroeder* (1), dans le but de déterminer la position normale physiologique de l'utérus, il nous semble que le schéma représenté dans la fig. 5, est ce que nous pouvons désirer de mieux pour base de notre description des conditions physiologiques et pathologiques des viscères pelviens.

Pour nous, la matrice repose donc sur le plancher du bassin, le fond tourné vers la symphyse pubienne, le col plus ou moins incliné en bas et en arrière vers le coccyx. Le corps s'incline sur la vessie affaissée; la portion cervicale proémine dans le vagin à travers l'orifice du plancher pelvien, orifice oblique de haut en bas et d'arrière en avant.

L'utérus est tout entier situé un peu au-dessus du plan du détroit inférieur; le cul-de-sac de Douglas est largement ouvert en haut et loge un grand nombre d'anses intestinales. La vessie, vide d'urine, apparaît presque entièrement recouverte par le corps de l'utérus.

Mais l'utérus ainsi situé n'est pas dans une position tellement fixe que toute modification dans les rapports ci-dessus énoncés avec les organes voisins doive être considérée comme un état pathologique. Cette manière de voir, qui a régné à de certaines époques en gynécologie, ne tient aucun compte de l'état des organes qui ont une influence bien établie sur la position de l'utérus (2).

(1) Schrœder. *Traité des maladies des femmes.* 7e éd., 1886.

(2) O. Kustner. Recherches sur l'influence de la station sur la position de l'utérus non gravide et de l'utérus puerpéral. *Arch, f. gyn.* XV. — Tout récem-

Aujourd'hui personne n'hésite plus à reconnaître que les ligaments larges et les ligaments ronds ne sont pas plus les ***supports de l'utérus*** que les seuls ligaments utéro-sacrés. Dans l'état de santé, ce n'est que difficilement qu'on sent tous ces appareils ligamenteux, et quelle que soit la position du corps, ils

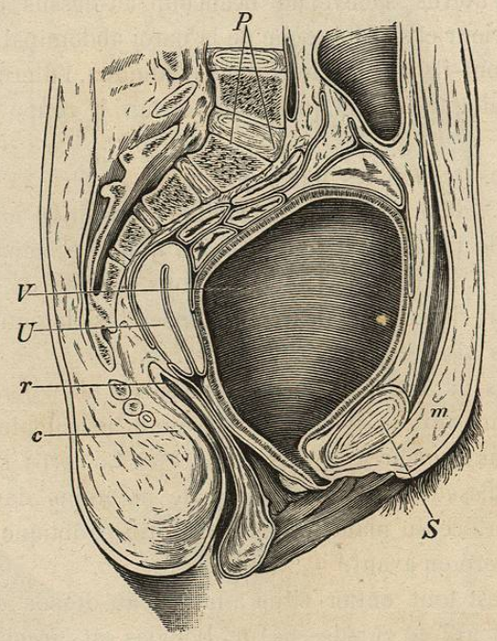

Fig. 2. — Coupe médiane du bassin, la vessie étant pleine. D'après Pirogoff.

U. Utérus. *V.* Vessie. *r.* Rectum. | *c.* Coccyx. *S.* Symphyse pubienne. | *m.* Mont de Vénus. *P.* Promontoire.

ne semblent pas tendus sous le poids de l'utérus normal : il nous est donc impossible de les considérer comme les supports de cet organe. Ils lui laissent une grande liberté de mouvements; et leur influence sur sa situation n'entre en jeu que lorsqu'ils deviennent

ment His (*Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abth.* 1876) et Waldeyer (*Anatomischer Anzeiger* I. Jahrg. 1886. nº 2) se sont ralliés à cette manière d'envisager la situation normale de la matrice chez les femmes saines.

le siège de processus pathologiques, qui altèrent leur forme et apportent des entraves à leur extensibilité. D'après certains auteurs, ce serait la ***pression intra-abdominale*** qui maintiendrait l'utérus dans sa situation. En effet, les modifications de cette pression ont une influence considérable sur l'utérus, ainsi que nous pouvons le

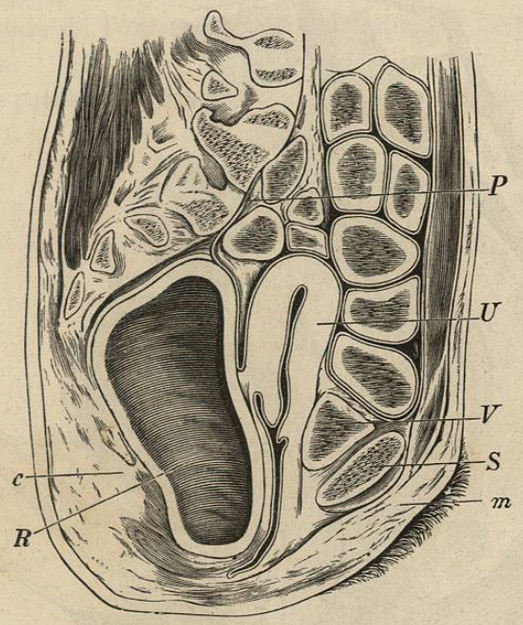

Fig. 3. — Coupe médiane du bassin, le rectum étant plein. D'après Pirogoff.

U. Utérus. *V.* Vessie. | *R.* Rectum. *c.* Coccyx. *S.* Symphyse. | *m.* Mont de Vénus. *P.* Promontoire.

constater dans l'acte de la respiration. Mais cela ne suffit pas pour faire considérer cette pression comme le seul soutien de l'organe gestateur; car son action s'exerce en général aussi bien sur tout le plancher pelvien que sur l'utérus. Reste donc le ***plancher du bassin*** comme ***soutien et support de l'utérus.*** Ne nous imaginons pas cependant qu'en cas de destruction de ce plancher, l'utérus doive tomber au dehors; il descend néanmoins, et est repoussé aussi loin que son appareil ligamenteux et la pression intra-abdominale le lui permettent.

Dans toute attitude de la femme, dans tout déplacement de l'utérus, c'est le plancher du bassin qui sert d'appui à l'organe; c'est donc lui que nous devons considérer comme le véritable support utérin. Mais cela ne veut pas dire que ce support soit une chose

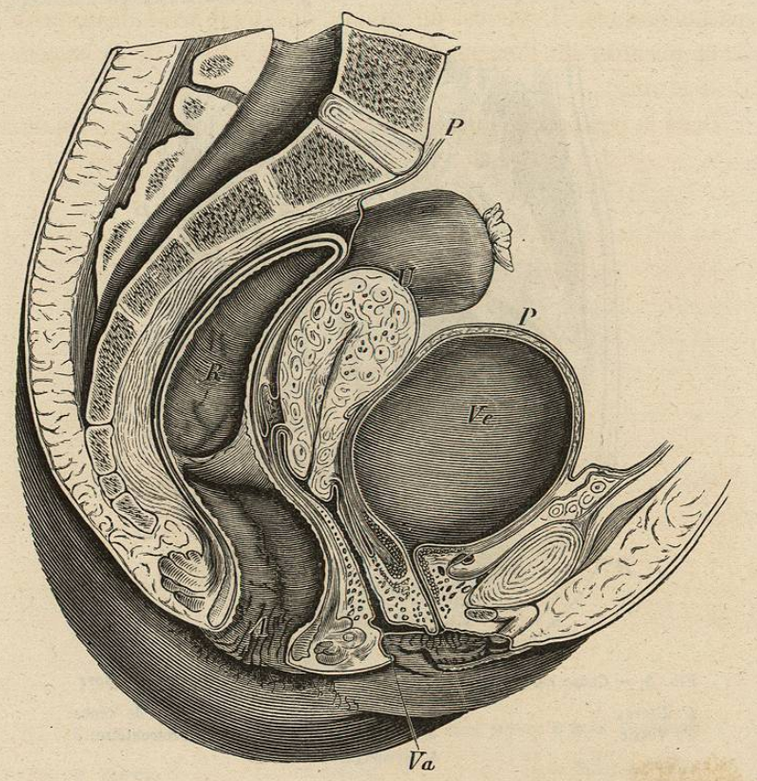

Fig. 4. — Coupe médiane de Kohlrausch : la vessie et le rectum sont à l'état de réplétion.

U. Utérus. | *R.* Rectum. | *Va.* Vagin.
P. Péritoine. | *A.* Anus. | *Ve.* Vessie.

rigide et immobile; car il se trouve lui-même quelque peu sous la dépendance de la pression intra-abdominale.

Nous devons considérer l'état de fixité physiologique de l'utérus comme renfermé dans les limites de l'extensibilité de ses ligaments et de la mobilité du plancher pelvien. Dans la station debout, l'utérus éprouve en même temps que le plancher

du bassin un certain degré d'abaissement; dans la pronation, le corps reposant sur les coudes et les genoux, il se rapproche du détroit supérieur; enfin dans le décubitus latéral, il s'incline davantage tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche. Tous ces changements de situation ne sont pas des déviations pathologiques. Il en est de même des modifications imprimées à la position de l'organe par l'état de réplétion de la vessie et du rectum.

Dans la position de l'utérus admise par nous comme normale, les

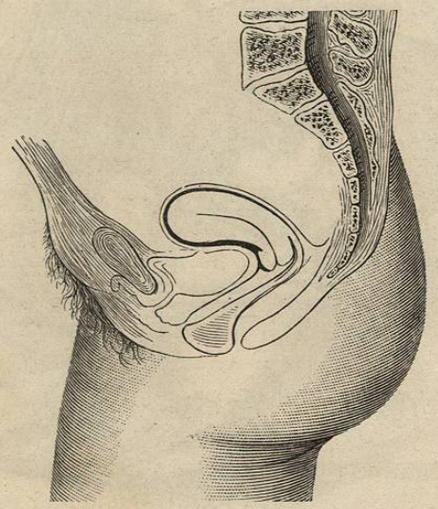

Fig. 5. — Position normale de l'utérus, d'après C. Ruge.

organes ***annexes*** sont situés plutôt en arrière de lui que sur les côtés. Les ovaires, tels que les représente la fig. 6, se trouvent dans la direction d'une ligne allant du bord supérieur du fond de l'utérus à l'articulation sacro-iliaque. Ils sont d'ailleurs eux-mêmes tellement mobiles qu'il est hors de doute que l'état de plénitude des intestins a une certaine influence sur leur situation. En même temps que les ovaires, les trompes entourent les parois latérales du cul-de-sac de Douglas (fig. 6) et sont situées tantôt plus bas, tantôt plus haut, selon que la vessie ou le rectum, distendus par l'urine ou les fèces, empiètent sur l'excavation du petit bassin.

Pour compléter la topographie du plancher pelvien, il faut faire ressortir ce fait qu'entre les fascias et les muscles, et jusque sous le revêtement péritonéal des organes intra-pelviens, il existe, chez la femme saine, une ***couche adipeuse*** extrêmement abondante. Cette couche, de par sa rigidité spéciale, contribue grandement à l'immobilisation de tout le plancher du bassin. L'atrophie de ce tissu graisseux, très fréquente et parfois très rapide dans les affec-

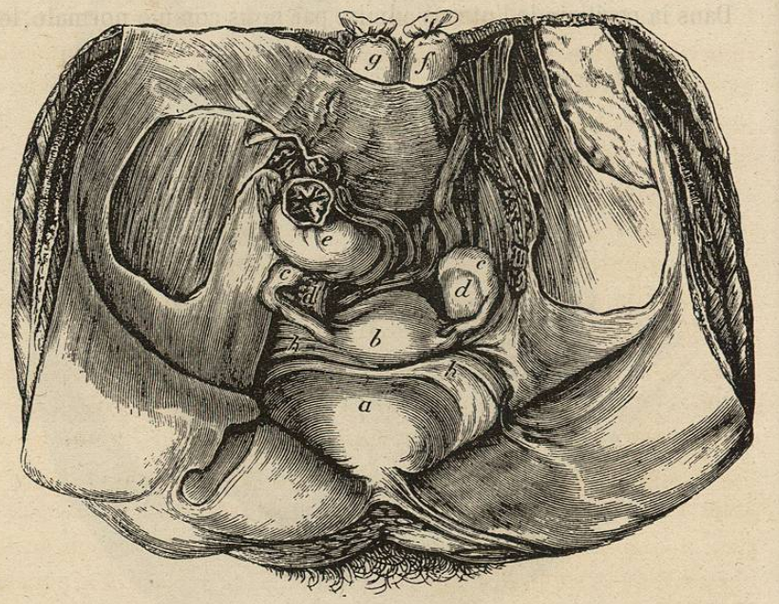

Fig. 6. — Situation des viscères pelviens. D'après Moreau. (*Traité prat. des Acc.* Paris, 1875.)

a. Vessie.	*cc.* Oviductes.	*e.* Rectum.	*g.* Veine cave.
b. Fond utérin.	*dd.* Ovaires.	*f.* Aorte.	*hh.* Ligaments larges.

tions puerpérales et les maladies générales, est bien faite pour nous éclairer sur son importance physiologique.

Les connexions de l'utérus avec la voûte vaginale postérieure et les rapports de cette dernière avec le péritoine sont indiqués sur les dessins schématiques comme étant très peu étendus ; et cependant il y a là des variations considérables. Souvent le ***tissu interposé*** a 1/2 centimètre à peine d'épaisseur ; d'autres fois la voûte postérieure du vagin est séparée de la séreuse par une

couche d'une épaisseur bien plus grande; dans un cas je l'ai trouvée atteignant 5 centimètres, sans qu'il fût possible d'y constater des infiltrations ou des adhérences pathologiques.

Les rapports de l'utérus avec la vessie varient également quant à l'étendue de l'adhérence des deux organes ; les mensurations oscillent entre 1 et 4 centimètres. Mais l'insertion du réservoir urinaire peut remonter jusqu'au dessus du col, de telle sorte que le cul-de-sac péritonéal se trouve logé au-dessous et tout près du fond de la matrice. D'autres fois, la vessie adhère à peine à la portion cervicale et la voûte vaginale se trouve en contact immédiat avec la séreuse. J'ai observé bien souvent cette dernière disposition dans des cas d'hystérectomie vaginale, surtout chez les femmes âgées.

Je ne puis pas terminer ce chapitre sans parler de la situation des ***uretères***.

Cette question a son importance depuis que l'hystérectomie est à l'ordre du jour ; car autrefois on ne s'inquiétait de ces organes que dans les cas de fistules consécutives aux accouchements laborieux. Les uretères partent du point d'insertion des ligaments larges à la paroi pelvienne, descendent dans le petit bassin et se dirigent vers la vessie, immédiatement sous le feuillet antérieur de ces ligaments et à une distance très peu considérable de la paroi antérieure du bassin. Ils sont donc assez éloignés du col de l'utérus. Aussi, dans l'hystérectomie vaginale, on ne risque de les blesser qu'alors que le néoplasme a tiraillé et déplacé les parties. J'ai moi-même pratiqué plus de 130 opérations de ce genre et jamais je n'ai rencontré les uretères sur ma route.