

## CHAPITRE XXIV

### DIVERS MODES D'EXPLORATION DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

On emploie successivement et selon les indications : le *toucher vaginal* et la *palpation abdominale*, l'*inspection de la région vulvaire*, l'*examen au spéculum*, le *cathétérisme de la cavité utérine*, la *dilatation du col*, le *toucher rectal* et le *toucher vésical*; dans d'autres cas enfin, la *percussion*, la *mensuration* et l'*auscultation de l'abdomen*.

Avant de décrire ces divers modes d'exploration, il est indispensable que nous donnions quelques renseignements généraux sur l'anatomie normale et sur les déviations pathologiques de l'utérus, dans leurs rapports avec l'exploration clinique.

#### I. ANATOMIE DE L'UTÉRUS

##### 1° ANATOMIE NORMALE

L'utérus forme, avec le vagin, un angle ouvert en avant ; lorsque la vessie est vide cet angle se rapproche de l'angle droit et l'on dit que l'utérus est en *antéversion physiologique*; lorsqu'elle est pleine de liquide, au contraire, le fond de

l'utérus est reporté en haut et en arrière, et l'angle que cet organe forme avec le vagin devient de plus en plus grand.

La matrice est fixée au moyen de trois groupes de liga-

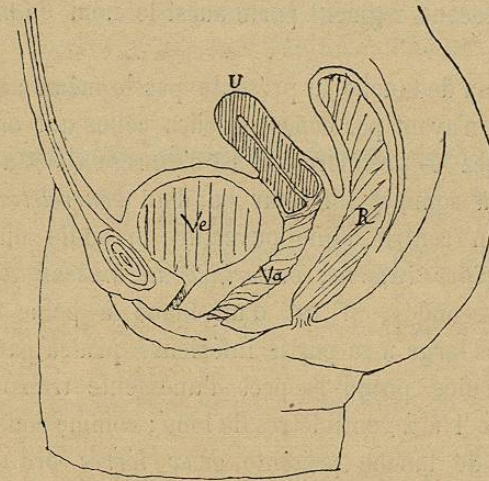


Fig. 168. — Rapports de l'utérus à l'état normal.  
U, Utérus; Va, Vagin; Ve, Vessie; R, Rectum.

ments extrêmement lâches qui lui permettent de suivre en partie les mouvements du corps, selon la position du sujet ; ces ligaments sont :

Les *ligaments ronds*, qui attirent le fond de l'utérus en bas et en avant ; ils agissent surtout quand la vessie est distendue ;

Les *ligaments utéro-sacrés*, qui portent le col en haut et en arrière ;

Enfin, les *ligaments larges*, qui maintiennent l'utérus au centre de la cavité pelvienne, et le protègent contre les organes voisins.

Le corps de l'utérus est aplati d'avant en arrière, tandis

que le col est plutôt cylindrique et renflé à sa partie moyenne.

Le vagin s'insère sur le col vers son tiers supérieur, il le divise en deux portions : une *sus-vaginale* et une *intravaginale*; ce second segment porte aussi le nom de *museau de tanche*.

Le museau de tanche ne présente pas le même aspect chez les femmes n'ayant pas conçu, et chez celles qui ont eu des enfants. Chez les premières, il est d'un rose vif et a la forme d'un *cône* à sommet inférieur ou d'un *bourrelet circulaire* percé à son centre d'une ouverture arrondie ou linéaire appelée *l'orifice externe*, ou *orifice du museau de tanche*. Chez les secondes, il est d'un blanc à peine rosé, et souvent plus large à sa partie inférieure qu'à sa partie supérieure; l'orifice prend l'aspect d'une fente transversale et sinueuse, de 1 à 2 centimètres de long; comme conséquence, le museau de tanche présente *deux lèvres* ordinairement épaissies, inégales et portant de nombreuses échancrures, traces de déchirures subies pendant l'accouchement (très fréquemment, on rencontre une déchirure  $\pm$  profonde située à gauche, et en rapport avec la position occipito-iliaque gauche du fœtus). Enfin, les diamètres du col chez les multipares sont, en moyenne, trois fois plus grands que chez les nullipares.

On donne le nom d'*isthme* à la portion rétrécie qui se trouve à l'union du col et du corps utérins. L'orifice qui fait communiquer le col et le corps porte la dénomination d'*orifice interne*.

Au moment de la période menstruelle, le col prend une couleur violacée foncée; cette coloration s'accroît encore pendant la gestation, et peut être un élément de diagnostic de la grossesse au début.

A l'état normal, il s'échappe toujours une quantité assez notable de mucus de l'orifice externe de la matrice.

La profondeur de la cavité utérine atteint de 5 centimètres à 5  $\frac{1}{2}$  centimètres chez les nullipares, et de 6 à 7 chez les femmes qui ont eu des enfants. Quant à la distance de l'orifice externe à l'ouverture vaginale, elle est environ de 8 ou 9 centimètres.

## 2° DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS

Il y a *déviations* de l'utérus chaque fois que l'un ou plusieurs de ses axes ne présentent plus leur direction normale.

L'utérus peut être dévié dans le sens *antéro-postérieur* ou *latéralement*.

Quand l'organe est dévié en totalité, on dit qu'il y a *version*;

Quand le corps seul est modifié dans sa situation, le col conservant son axe normal, on dit qu'il y a *flexion*.

Les diverses variétés de versions et de flexions sont désignées *par la situation du corps utérin*.

Les figures ci-dessous feront mieux comprendre ces anomalies.

a) Dans l'*antéflexion*, le corps et le col forment un angle  $\pm$  fermé, *ouvert en avant*; le fond de l'utérus est situé en avant, le segment cervical a conservé sa position normale (fig. 169).

b) Dans l'*antéversion*, les rapports du col et du corps restent normaux; mais le corps utérin est porté *en avant*, et l'orifice du museau de tanche regarde tout à fait *en arrière*, vers la paroi postérieure du vagin (fig. 170).

c) Dans la *rétroflexion*, l'angle formé par les deux segments

est ouvert en arrière, le segment cervical ayant conservé sa direction (fig. 171).

d) Dans la **rétroversion**, le fond de l'organe porté en arrière vers la concavité du sacrum, fait saillie dans le cul-de-sac postérieur, tandis que l'extrémité du museau de tanche est

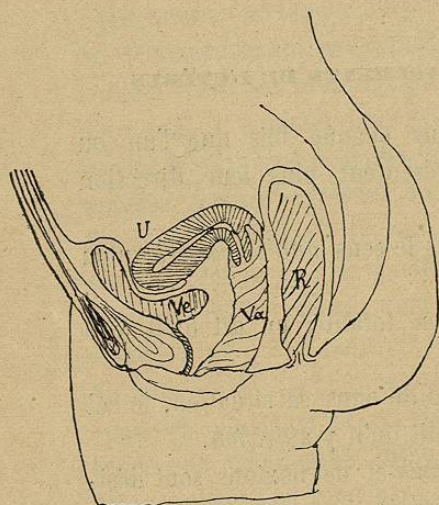


Fig. 169. — Utérus en antéflexion.

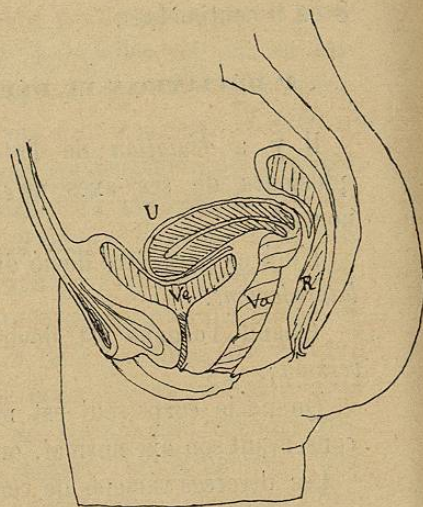


Fig. 170. — Utérus en antéversion.

portée en haut et en avant, vers la face postérieure du pubis (fig. 172).

Dans les cas de flexions très prononcées, le bord supérieur de l'utérus peut descendre au point de se trouver sur le même plan horizontal que l'extrémité du col.

La flexion se produit ordinairement au niveau de l'isthme, c'est-à-dire au point de réunion des deux segments.

e) Les *déviations latérales*, surtout la **latéro-version** gauche, se rencontrent très fréquemment, mais ne donnent ordinairement lieu à aucun accident grave.

Outre les déviations que nous venons de citer, l'utérus peut encore subir des *déplacements en totalité dans le sens vertical*.

Ils sont  $\pm$  considérables et donnent :

f) Le simple **abaissement**, lorsque l'utérus n'est éloigné que de 4, 5 ou 6 centimètres de la vulve ;

g) Le **prolapsus utérin**, lorsque le museau de tanche cor-

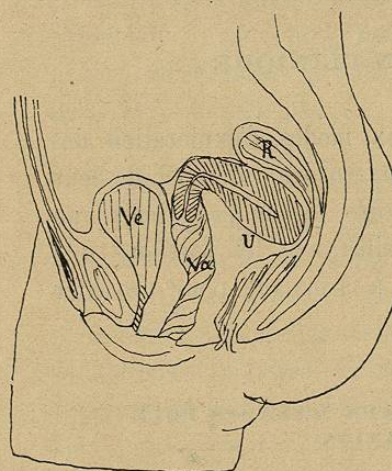


Fig. 171. — Utérus en rétroflexion.

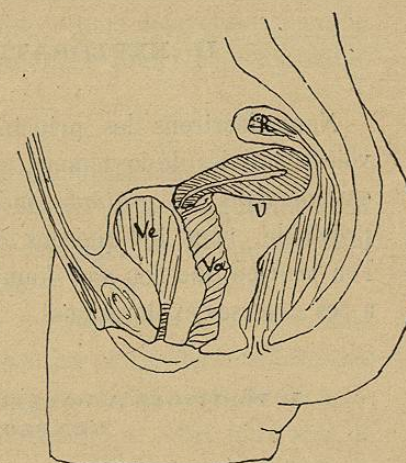


Fig. 172. — Utérus en rétroversion.

respond à l'orifice du vagin ; dans ce cas, le col de l'utérus ferme complètement ce dernier.

h) Enfin, la **précipitation**, lorsque l'utérus est sorti des voies génitales, et se présente en forme de tumeur à la partie interne et supérieure des cuisses.

Dans ces deux derniers cas, il y a en même temps un renversement  $\pm$  prononcé du vagin.

Tous ces modes de déviations ou de déplacements peuvent exister isolément ou se combiner de diverses façons, et donner naissance ainsi à des formes intermédiaires multiples.

Les lésions les plus fréquentes de toutes sont d'abord *l'abaissement*, puis *l'antéversion*.

Pour reconnaître ces déviations, on met en usage le palper abdominal associé au toucher vaginal et rectal, la femme étant examinée alternativement debout et couchée.

## II. EXPLORATION CLINIQUE

Nous décrirons les principaux modes d'exploration des voies génitales de la femme, dans l'ordre rationnel de leur emploi *dans la pratique médicale journalière*; mais, au préalable, nous indiquerons quelles sont les positions que l'on peut ou que l'on doit donner à la malade pour procéder à ces diverses explorations.

### I. POSITIONS A DONNER AUX MALADES POUR L'EXPLORATION

Elles sont au nombre de cinq : la *station debout*, le *décubitus dorsal* ou *postérieur*, le *décubitus latéral simple*, la *position de Sims*, et le *décubitus ventral* ou *antérieur*.

*1<sup>re</sup> position* : La *station debout*;

C'est la position la plus favorable pour pratiquer le *toucher*, car généralement lorsqu'une lésion existe (déplacements, déviations, etc.), c'est dans cette attitude qu'elle est le plus accentuée et aussi qu'elle est le mieux appréciable

par le médecin; d'autre part, c'est la position la plus simple, et, par conséquent, celle à laquelle les malades se soumettent le plus aisément.

Pour faire le *toucher*, la femme étant debout, il faut appuyer la malade contre un plan résistant, pour l'empêcher de fuir devant le doigt explorateur, et lui recommander, en outre, de porter le tronc un peu en avant, tandis que les jambes sont écartées et légèrement fléchies.

Dans la station debout, la *tension des parois* abdominales et la *pression intra-abdominale* atteignent leur maximum d'intensité : c'est donc la position la plus défavorable pour le *palper*, qui nécessite le relâchement le plus complet possible de la paroi antérieure.

*2<sup>e</sup> position* : Le *décubitus dorsal* ou *postérieur*;

Cette position est la plus commode pour l'application du *spéculum* et pour le *palper abdominal*; on l'emploie aussi pour pratiquer le *toucher vaginal* et le *toucher rectal*.

Dans tous les cas, la malade doit *reposer à plat* sur le dos, la *tête pas trop élevée*, les *cuisse écartées et fléchies*, les  *pieds appuyés*, ou parfois même soutenus par des aides. Cette position prise dans le lit suffit lorsqu'on ne veut faire que le *toucher vaginal* ou le *toucher rectal*; dans ces deux cas, la malade ne doit pas être découverte.

Pour faire l'application du *spéculum*, la malade se place sur le bord du lit dans la position que nous venons de décrire; mais il est utile de glisser préalablement sous le siège et au-dessous du matelas, un *corps résistant* quelconque, une planchette par exemple. On laisse reposer les pieds de la femme généralement sur deux chaises, ou encore sur les genoux de l'opérateur. Il est souvent préférable, pour disposer d'un meilleur éclairage, de coucher la