

Vers leur terminaison, les deux conduits se séparent, le vagin se portant légèrement en avant et le rectum assez brusquement en arrière. Ils interceptent ainsi un espace triangulaire ayant la forme d'un coin dont la base répond à la peau : c'est le périnée.

Une différence capitale entre les cloisons vésico- et recto-vaginales, c'est que cette dernière est, dans une partie de son étendue, tapissée par le péritoine. Après avoir recouvert toute la face postérieure de l'utérus, la séreuse descend sur le vagin et se réfléchit ensuite sur la face antérieure du rectum, de manière à constituer le cul-de-sac péritonéal postérieur (CP, fig. 266) ou de Douglas.

A quel niveau descend le péritoine sur la face postérieure du vagin ? La profondeur du cul-de-sac, à partir de l'insertion du vagin sur le col, est d'environ 3 centimètres, de telle sorte que le péritoine recouvre un peu plus du quart supérieur de la face postérieure du vagin.

Des conséquences importantes résultent de cette disposition. Lorsqu'un liquide s'épanche dans le bassin, il tombe, en général, dans ce cul-de-sac, et, s'il vient à s'enkyster (ce qui a toujours lieu, par exemple, dans l'hématocèle rétro-utérine), il forme une tumeur qui repousse l'utérus en avant, le rectum en arrière, et proémine dans le vagin. On sent aisément la fluctuation en explorant par le vagin, qu'il s'agisse d'un abcès ou d'une hématocèle.

Des tumeurs développées dans la cavité abdominale, des fibromes utérins, peuvent aussi remplir le cul-de-sac péritonéal. Le corps de l'utérus, lui-même, en forte rétroflexion, s'y engage et peut, à un examen superficiel, en imposer pour un fibrome ou pour une tumeur développée dans le rectum. Lorsqu'un kyste de l'ovaire est enclavé dans le petit bassin, il remplit le cul-de-sac péritonéal postérieur et proémine parfois dans le vagin. Dans un cas que j'ai observé jadis, la vessie était aplatie et repoussée au-dessus du pubis ; il fallait porter la sonde obliquement en haut et en avant pour pénétrer dans la cavité. Je ponctionnai le kyste par le vagin et obtins la guérison après avoir longtemps fait des lavages à l'aide d'une grosse sonde. Je pratiquerais évidemment aujourd'hui l'ovariotomie. Avant l'antisepsie, la présence du péritoine entravait singulièrement l'action chirurgicale dans un certain nombre de cas, dans l'épithélioma du col de l'utérus, par exemple. Il est bien évident qu'il faut éviter d'ouvrir la séreuse si cela n'est pas nécessaire, mais aujourd'hui l'accident a perdu à peu près toute sa gravité, car quelques points de suture suffisent à le réparer.

J'ai dit, plus haut, que la cloison recto-vaginale échappait habituellement à la pression exercée par la tête de l'enfant et se gangrenait très rarement de ce fait. Il n'est cependant pas très rare d'observer des fistules recto-vaginales, mais elles se produisent par un mécanisme différent. Elles sont presque toujours la conséquence d'une déchirure complète du périnée et d'une partie de la cloison pendant l'accouchement. Soit que l'accoucheur ait immédiatement appliqué des sutures, ou qu'il ait abandonné les choses à la nature, soit que le chirurgien ait pratiqué, un peu plus tard, une périnéorrhaphie, il se reproduit souvent une sorte de pont plus ou moins large qui sépare l'anus de la vulve, mais il reste une fistule au-dessus. Lorsque la fistule est très petite, il n'en résulte que peu d'inconvénients, et bon nombre de femmes sont atteintes de cette infirmité sans que les personnes les plus à même de le savoir en aient connaissance. L'une des principales raisons de la persistance de ces fistules est l'extrême dif-