

et on en est réduit à invoquer l'effet d'un trouble dystrophique vague. Ces cas sont d'ailleurs distincts et indépendants du prolapsus.

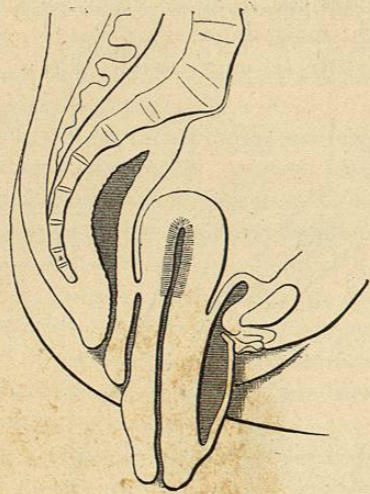


Fig. 76. — Hypertrophie de la partie intermédiaire (Schultze).

En résumé, on peut dire avec Cruveilhier, Hegar, Duplay et Chaput, etc., que c'est là une complication, plutôt rare, du prolapsus et que, lorsqu'elle existe, elle est secondaire.

Quant à l'hypertrophie sous-vaginale, bien plus fréquente, elle est banale, liée à la métrite du col coexistante ou aux troubles circulatoires, congestifs, qu'entraîne le prolapsus. Elle comporte, elle aussi, comme nous le verrons, des indications opératoires particulières.

très limitée, et ne peuvent guère s'opposer au déplacement antéro-postérieur, ni supéro-inférieur. Il n'en est pas de même des ligaments ronds, des ligaments vésico-utérins, et utéro-sacrés, pour n'énumérer que les plus actifs. Les premiers, insérés latéralement au niveau du fond de l'utérus et à la paroi pubienne, actifs par leurs fibres musculaires, maintiennent l'organe en antédirection, appliquent sa face antérieure sur la vessie, et son fond derrière la symphyse pubienne: les ligaments vésico-utérins et le tissu cellulo-fibreux péri-cervical corroborent cette action. Au pôle et dans une direction opposés, les ligaments utéro-sacrés fixent le col en arrière, le suspendent et s'opposent à sa descente: par les faisceaux qu'ils envoient vers le vagin, ils ont encore une action suspensive efficace sur la paroi postérieure de ce conduit. Le péritoine, émanant de la paroi abdominale, se réfléchit sur la vessie, forme, entre elle et l'utérus, le cul-de-sac vésico-utérin, plus ou moins profond et limité par la saillie des ligaments vésico-utérins, puis recouvre le fond et la face postérieure de l'utérus, constitue le cul-de-sac de Douglas qui descend plus bas et recouvre les ligaments utéro-sacrés.

Les ligaments antérieurs et postérieurs, de direction contraire, combinent leur action pour assurer la fixité de l'utérus dans une position déclive telle que la pression abdominale, portant sur la paroi postérieure, glisse de là vers le fond du cul-de-sac recto-utérin, et se trouve ainsi transmise, en bas et en arrière, sur le plan résistant du périnée.

B. Prolapsus par défection primitive des moyens de suspension. — Les ligaments larges n'ont qu'une action suspensive

très limitée, et ne peuvent guère s'opposer au déplacement antéro-postérieur, ni supéro-inférieur. Il n'en est pas de même des ligaments ronds, des ligaments vésico-utérins, et utéro-sacrés, pour n'énumérer que les plus actifs. Les premiers, insérés latéralement au niveau du fond de l'utérus et à la paroi pubienne, actifs par leurs fibres musculaires, maintiennent l'organe en antédirection, appliquent sa face antérieure sur la vessie, et son fond derrière la symphyse pubienne: les ligaments vésico-utérins et le tissu cellulo-fibreux péri-cervical corroborent cette action. Au pôle et dans une direction opposés, les ligaments utéro-sacrés fixent le col en arrière, le suspendent et s'opposent à sa descente: par les faisceaux qu'ils envoient vers le vagin, ils ont encore une action suspensive efficace sur la paroi postérieure de ce conduit. Le péritoine, émanant de la paroi abdominale, se réfléchit sur la vessie, forme, entre elle et l'utérus, le cul-de-sac vésico-utérin, plus ou moins profond et limité par la saillie des ligaments vésico-utérins, puis recouvre le fond et la face postérieure de l'utérus, constitue le cul-de-sac de Douglas qui descend plus bas et recouvre les ligaments utéro-sacrés.

B. Prolapsus par défection primitive des moyens de suspension. — Les ligaments larges n'ont qu'une action suspensive

Quelles seront les conséquences de la défection de ces ligaments? Supposons le relâchement des *ligaments ronds*: la vessie, plus libre, prend, en s'emplant, la forme sphérique, repousse en arrière et éloigne du pubis le corps utérin qui se trouve, par là même, redressé; l'angle utéro-vaginal s'ouvre donc, et les deux axes se rapprochent de la même ligne. Le point d'appui de la pression abdominale se trouve, de la sorte, déplacé, reporté sur le fond ou la face antérieure de l'organe, et d'autant plus active. La répétition de ce mouvement détermine un état d'instabilité de l'utérus, qui se meut ainsi, d'avant en arrière, comme autour d'une charnière qui passerait par l'isthme. Il prend ainsi une attitude habituelle intermédiaire à l'anté- et à la rétroversion ou finit par se renverser complètement en arrière. C'est cette disposition qui, pour certains auteurs, Küstner entre autres, serait la condition primitive et essentielle du prolapsus.

Ajoutons incidemment que les adhérences et les ligaments vésico-utérins cèdent peu à peu, que la cystocèle se dessine, que le cul-de-sac péritonéal se creuse, au point de descendre parfois au-dessous du niveau de l'orifice interne et d'admettre même des anses intestinales.

La défaillance des *ligaments postérieurs*, par un mécanisme différent, prépare d'une manière aussi efficace le prolapsus, et Schultze attribue à ce facteur une influence prépondérante. Par suite de leur perte de tonicité, le col se trouve libéré et subit un double déplacement: il s'éloigne du sacrum et s'abaisse. Ce mouvement concorde avec celui que nous avons vu exécuter au corps, et tout l'organe se trouve dès lors sollicité en bas par la pesanteur, par la pression et, le plus souvent aussi, par la traction vaginale.

Le cul-de-sac de Douglas se dilate et se creuse, plus que le cul-de-sac vésico-utérin, et descend généralement beaucoup plus bas; plus souvent aussi, il contient des anses intestinales.

Tel nous semble, très largement conçu, le double mécanisme général du prolapsus (fig. 77). Il peut se résumer ainsi:

a. Défection primitive, du plan de soutien: agrandissement de

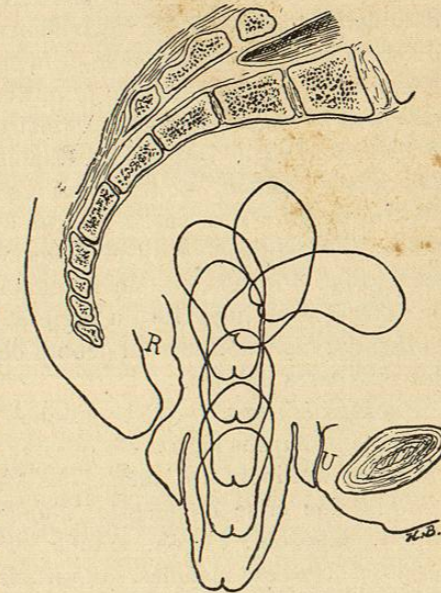


Fig. 77. — Schéma destiné à montrer la progression et les divers degrés du prolapsus utérin (Howard-Kelly).

l'orifice vulvaire et du calibre vaginal; déviation en arrière de l'axe du conduit; prolapsus de la paroi antérieure suivie de la vessie, puis de la paroi postérieure avec ou sans le rectum; traction exercée par la colpocèle sur le col et abaissement secondaire de l'utérus; processus de bas en haut.

b. *Défection primitive des éléments de suspension*: relâchement des ligaments antérieurs et postérieurs; orientation du corps utérin en arrière et du col en avant; redressement de l'axe utéro-vaginal et abaissement de l'utérus. Secondairement, le vagin est entraîné et le processus s'étend de haut en bas.

La défection des moyens de fixité donne l'aptitude à la lésion et la pression abdominale fait le reste.

Un léger effort de l'esprit permettra, d'après cette vue d'ensemble, de concevoir et d'interpréter chacun des degrés, chacune des modalités qui peuvent se présenter à l'observation. La dystrophie initiale, générale ou locale, peut porter sur une partie seulement, ou sur la totalité des moyens de fixité; elle peut les atteindre à un degré inégal ou à des époques successives, d'où les combinaisons multiples et les aspects variés de la lésion pour chaque cas particulier.

Quelle est la fréquence relative des deux processus que nous venons d'étudier? Les uns, comme Schultze, considèrent comme prédominante l'influence du relâchement des ligaments suspenseurs; d'autres, comme Trélat, celle de la pression abdominale, ou, comme Küstner, de la rétrodéviation primitive. Aujourd'hui, on admet généralement comme bien plus ordinaire le début par en bas (Martin, Schröder, Pozzi, Duplay et Chaput, Segond, Bouilly, Labadie-Lagrave et Legueu, etc.). « Dans la pratique, dit Bouilly, dans l'immense majorité des cas, c'est par le manque de soutien inférieur, grâce à l'insuffisance du plancher vagino-périnéal, que débute le prolapsus... Plus exceptionnellement se produit la descente primitive de l'utérus avec intégrité du vagin et du périnée. » Ce dernier mode s'observe plus volontiers en dehors de toute cause obstétricale, chez des nullipares débiles.

Prolapsus aigu. — Exceptionnel et comparable aux hernies de force, le prolapsus aigu a été observé soit pendant la grossesse, soit chez des nullipares et même des vierges, à la suite d'un violent effort, d'une crise d'épilepsie, d'une chute (F. Churchill, Munro, Nonat, Scanzoni, Puech, Munde, etc.). Dans tous les cas, il faut supposer, chez ces malades, soit un relâchement préalable, congénital ou acquis, des ligaments, soit une rétrodéviation, soit une conformation particulière du bassin, car nous avons vu que, dans l'état normal des organes, tout effort rapproche les divers plans pelviens et ne peut, à lui seul, provoquer le prolapsus.

Étiologie. — Les causes du prolapsus sont *prédisposantes* ou *déterminantes* et, les premières, *générales* ou *locales*.

I. CAUSES PRÉDISPOSANTES. — A. CAUSES GÉNÉRALES. — Toutes les causes de *débilitation générale*: anémie, chlorose, maladies infectieuses ou nerveuses, amaigrissement, etc., exercent, sur la statique des organes pelviens, la même influence que sur celle des organes abdominaux et en préparent la ptose. Nous avons vu évoluer, en quelques mois, un prolapsus presque complet, chez une jeune femme, à la suite d'une crise grave de goitre exophtalmique accompagné d'amaigrissement excessif. Bouilly insiste justement sur le rôle capital que joue la dystrophie des tissus dans le relâchement et la descente. Tuffier, dans une leçon clinique en 1894 (1), avait déjà signalé la coïncidence fréquente, avec le prolapsus, de l'entéroptose, de l'abaissement du rein et de la paroi abdominale et même d'un certain degré de dégénérescence psychique. Reynier, dans le même sens (Société de chirurgie, 1894), attribue cette perte de la tonicité musculaire à une sénilité précoce du système nerveux. La *ménopause*, par les troubles congestifs, la surcharge graisseuse, etc., dont elle est l'occasion; la *sénilité*, par l'atrophie de l'appareil génital, du tissu cellulaire (Hoffmeier); l'*hérédité* (A. Doran); les *professions* debout, pénibles, à efforts; la constipation habituelle, etc., sont autant de conditions prédisposantes ou adjuvantes.

B. CAUSES LOCALES. — *Conformation particulière du bassin*. — A égalité de résistance des tissus, certaines femmes sont plus prédisposées que d'autres au prolapsus et on en trouverait l'explication dans certains détails anatomiques. Il est certain que le *périnée* est, normalement, de longueur et de consistance tout à fait inégales, que la vulve est plus ou moins rapprochée du pubis, le vagin de dimensions très différentes. Trélat a insisté sur ces particularités (*Clinique chirurgicale*). Rüter (1892) attribue aux courbures de la colonne vertébrale et à l'inclinaison secondaire du bassin une part importante dans cette prédisposition. Lorsque le détroit supérieur est voisin de l'horizontale, la pression abdominale s'exerce bien plus énergiquement sur les organes pelviens. C'est dans ce degré d'inclinaison qu'il trouverait l'explication de ce fait que certaines femmes échappent au prolapsus malgré une déchirure importante du périnée. La *grossesse*, surtout par sa répétition, constitue une cause éloignée importante. Elle ramollit et distend les tissus, augmente le poids des organes, déplace leurs rapports, allonge les ligaments et peut agir encore par l'influence qu'elle peut exercer plus tard sur la santé générale.

Mais c'est l'*accouchement*, normal et surtout dystocique, par les traumatismes qu'il peut causer, par les lésions d'infection dont il peut être l'occasion, qui est la cause primordiale. Les lésions portent sur le *périnée*, le *vagin* et l'*utérus* lui-même. Le *périnée* est le plus souvent intéressé, mais le danger est loin d'être proportionné au degré de

(1) TUFFIER, *Sem. méd.*, 1894.

cette déchirure. On néglige souvent de réparer une brèche peu étendue, qui suffira néanmoins à déformer et agrandir la vulve, tandis qu'on suture les lésions plus profondes. D'ailleurs, les ruptures complètes, en dehors des cas de dystocie, se produisent plus volontiers chez des femmes jeunes et musclées, par conséquent peu disposées au prolapsus. Chez les femmes à tissus mous, au contraire, les tissus se laissent distendre sans se déchirer et involuent mal. De plus, la rupture est ordinairement médiane et intéresse peu les faisceaux importants du releveur. En fait, il est rare d'observer un prolapsus avancé avec une rupture complète et il est fréquent de le voir coïncider avec l'intégrité du périnée.

Du côté du *vagin*, la pression prolongée de la tête sur les parois vaginales, les fissures latérales, fréquentes, la rétention d'urine pendant et après l'accouchement, la compression et la dissociation du releveur, sont autant de conditions qui facilitent le décollement du vagin et amorcent sa descente. En dehors de son augmentation de poids et des modifications profondes dont il est le siège, l'utérus peut être atteint aussi par le traumatisme obstétrical. Sans donner à la laceration du col toute l'importance qu'Emmet lui attribuait, il est permis d'admettre qu'une déchirure un peu profonde, remontant jusqu'au tissu cellulaire péricervical, pourra exercer une certaine influence sur l'involution et la restauration de la statique.

Suites de couches. — Dans un milieu parfaitement aseptique et chez une femme vigoureuse d'ailleurs, le traumatisme obstétrical, quelles qu'en soient les localisations, doit se réparer intégralement sans causer de déchéance locale. Mais que survienne une infection, même légère, surtout chez une femme déjà débile ou affaiblie par l'accouchement, par la perte de sang, et l'on verra s'établir ce complexe vague, mais trop réel, qu'on a appelé la *subinvolution*. Ses premiers effets seront la réunion secondaire et tardive des solutions de continuité, la persistance du ramollissement, de l'atonie des ligaments et des tissus, la congestion passive et, plus tard, l'inflammation de l'utérus et de ses annexes, etc., tous éléments préparatoires du prolapsus.

Pour compléter cette étiologie, il faut citer encore l'inflammation génitale en général, la *métrite* et la *vaginite*, qui diminuent la tonicité des tissus, les *tumeurs utérines*, qui augmentent le poids de l'organe, les *tumeurs de voisinage*, qui exagèrent la pression abdominale (Duplay, Terrier, Pozzi, Boursier), l'*ascite*.

II. CAUSES DÉTERMINANTES. — Elles se résument en une seule : la *pression abdominale*, l'*effort*. L'effort brusque et violent peut produire le prolapsus aigu : Trélat a démontré qu'il marquait souvent le début du prolapsus progressif. Il est occasionné par une chute, des vomissements, des crises convulsives, etc. Mais la cause la plus réelle, c'est l'effort insensible et indéfiniment répété auquel obligent les

fonctions physiologiques (défécation, miction), les incidents pathologiques (toux, catarrhe des vieilles femmes, etc.), l'ascension des escaliers, l'exercice des professions manuelles, etc.

En somme, le prolapsus est *préparé* par l'affaiblissement successif ou simultané, de cause générale ou locale, congénitale ou accidentelle, obstétricale le plus souvent, des moyens de fixité de l'utérus, et *déterminé* brusquement, ou progressivement établi, par la pression abdominale.

Anatomie pathologique. — Parmi les lésions du prolapsus, les unes sont *primitives* : ce sont celles que nous avons vu commander son évolution. Les autres sont *secondaires* et résultent des troubles congestifs, trophiques et mécaniques, qu'entraîne le déplacement. Supposons un cas d'ectopie complète, offrant le maximum de lésions ; il sera facile de reconnaître celles qui caractérisent les cas plus légers.

Prolapsus complet. — La hernie complète se présente, en avant de la vulve et des cuisses, sous la forme d'une tumeur de dimensions variables, pouvant dépasser le volume du poing, et de forme plus ou moins régulièrement conique. La *base* semble insérée sur le pourtour de la vulve ; le *sommet* est souvent excentrique, reporté en avant ou en arrière. Il est formé par le col, d'apparence variable, tantôt effacé, percé d'un petit orifice à peine perméable, tantôt largement infundibuliforme, grâce à l'éversion des lèvres lacérées. L'*enveloppe* est constituée par la muqueuse vaginale inversée et modifiée par l'extériorisation. N'étant plus humectée par les sécrétions du col, soumise aux frottements extérieurs et à des troubles circulatoires, elle s'épaissit, perd ses plis, devient lisse, œdémateuse, de coloration blanc rosé au repos, violacée sous l'effort. L'épithélium s'épaissit, la pigmentation augmente, au point que, chez les négresses, la muqueuse prend la coloration de la peau : cette cutinisation finit même par envahir la muqueuse endocervicale éversée.

Il n'est pas rare de trouver à la surface de la tumeur, particulièrement sur ses parties déclives et au voisinage du col, des plaques grisâtres de sphacèle, des ulcérations, des cicatrices, toutes lésions de compression à des stades divers de leur évolution.

La partie apparente du *col* est, suivant l'ancienneté, hypertrophiée, congestionnée, œdémateuse, variqueuse ou, au contraire, atrophiée, scléreuse. Le trajet cervical peut être atrésié et imperméable. Au-dessous de la muqueuse qui glisse sur lui, à moins d'adhérences, on trouve l'*utérus*, ordinairement situé à la partie inférieure et postérieure de la tumeur, augmenté de volume et souvent en rétroflexion (fig. 79) : au contraire, les flexions très accentuées s'observent rarement, si ce n'est chez les vieilles femmes dont l'organe est atrophié et a pu descendre, même en antéflexion (fig. 78). Dans ces cas d'atrophie extrême, l'organe peut être réduit à un petit noyau au-dessus duquel la vessie et le rectum se trouvent en contact. Reliant le corps utérin au