

sommet de la tumeur, on sent parfois sous la muqueuse vaginale comme un pédicule cylindrique allongé, de consistance molle ou dure, scléreuse, qui n'est autre chose que la portion sus-vaginale du col considérablement allongée, au point de donner à l'ensemble de l'organe une longueur de 12, 15, 18 centimètres.

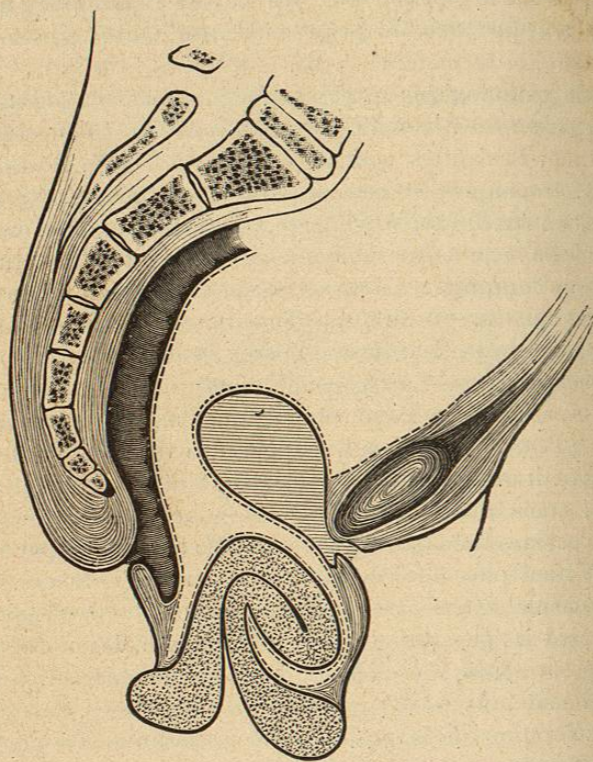


Fig. 78. — Prolapsus d'un utérus en antéflexion, ectropion du museau de tanche (d'après Freund).

Malgré les causes d'irritation extérieure, il est rare que le col soit le siège de néoplasies malignes; cependant on en a signalé bon nombre de cas (Mayer, Kaltenbach, Martin, etc.). L'utérus peut être aussi le siège de noyaux fibreux; mais les grosses tumeurs sont incompatibles avec un prolapsus avancé.

Les lésions histologiques sont, d'une manière générale, celles de la sclérose [Olivier (1), Pozzi]. Voici le résultat d'un examen du col fait par Pilliet (2) et le plus complet qui ait été publié (1896): « Le col est épidermisé tout entier avec un épiderme très épais, recouvrant des papilles inégales et profondément découpées. L'épidermisation

(1) OLIVIER, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, sept. 1881.

(2) PILLIET et POTOCKI, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, mai 1896.

est incomplète en beaucoup de points. Les cellules du milieu du corps de Malpighi sont, en effet, creusées de grandes vacuoles qui ôtent à cet épithélium toute solidité. On trouve, de place en place, sous cet épiderme, ou encore à nu, par suite de l'élimination des parties profondes, des glandes en grappes à cellules muqueuses, distendues, remplies d'éléments desquamés, mêlés à des leucocytes et, autour de ces glandes, des amas de cellules rondes formant de véritables follicules inflammatoires. Les artères présentent une endopériartérite énorme et finissent par être réduites à des points fibreux entourés de cellules embryonnaires. Les veines sont transformées en sinus irréguliers à parois épaisses; les fibres musculaires restantes sont hypertrophiées, mais leurs faisceaux sont peu abondants (1). La masse du tissu du col est formée de tissu conjonctif très lâche, œdématié et d'aspect muqueux sur certains points, surtout autour des lymphatiques, qui sont très dilatés. » Pilliet conclut que l'allongement hypertrophique est la conséquence d'une infection de la muqueuse et des tissus profonds du col.

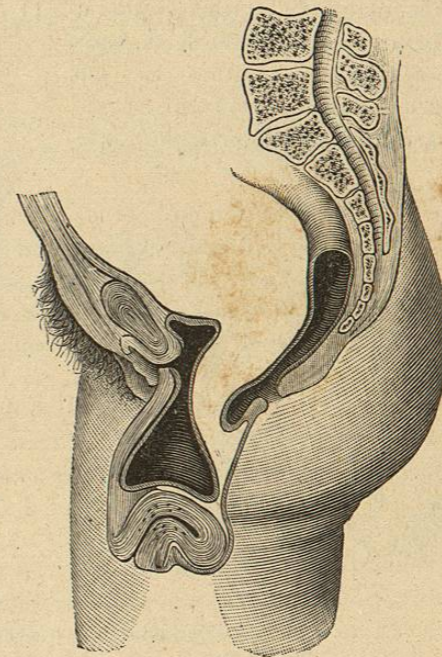


Fig. 79. — Inversion du vagin. — Cystocèle, rectocèle, prolapsus de l'utérus rétrofléchi (Martin).

La vessie, nous l'avons vu, participe toujours, dans une certaine mesure, au déplacement. Étroitement adhérente au col, sa paroi inférieure descend avec lui. Mais la partie supérieure, libre, reste rétropubienne. Il en résulte une déformation en forme de bissac, dont l'étranglement correspond à l'arcade pubienne. L'urètre, solidement fixé, dans son tiers antérieur, à cette arcade, se coude à angle aigu ou décrit une courbe à concavité antérieure (fig. 79). Le diverticule vésical inférieur se vide mal, l'urine stagne et il peut en résulter de la cystite du bas-fond, des calculs, des fongus, la dilatation et l'infection ascendante des voies urinaires. Les parois vésicales sont quelquefois amincies, par suite de leur distension habituelle; mais le plus souvent elles

(1) Le poids moyen de l'organe étant de 45 grammes (Sappey). Duplay et Chaput, sur 29 cas de prolapsus, n'ont constaté que 18 fois le poids de 50 grammes et au-dessus.

s'hypertrophie sous l'influence de la répétition de l'effort de miction. L'adhérence de la vessie à l'utérus et au vagin augmente considérablement, comme l'ont constaté, dans l'hystérectomie, Le Dentu, Lejars, Quénu, etc.

La paroi postérieure se détache et s'inverse en laissant en place le *rectum* qui lui adhère peu : malgré sa rareté relative, on peut observer une rectocèle, ordinairement partielle, c'est-à-dire comparable à la cystocèle du fond vésical et formée par l'ectasie de la paroi antérieure du *rectum*. Des gaz et des matières peuvent s'accumuler dans ce diverticule. L'ato-

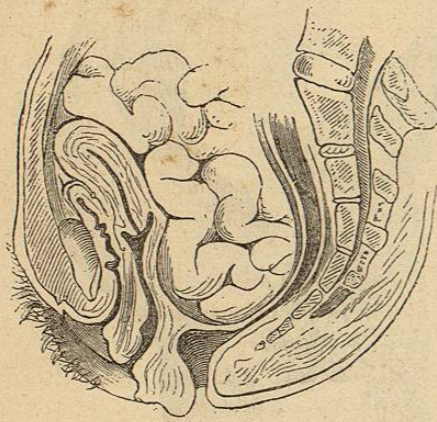


Fig. 80. — Entérocele vaginale postérieure.

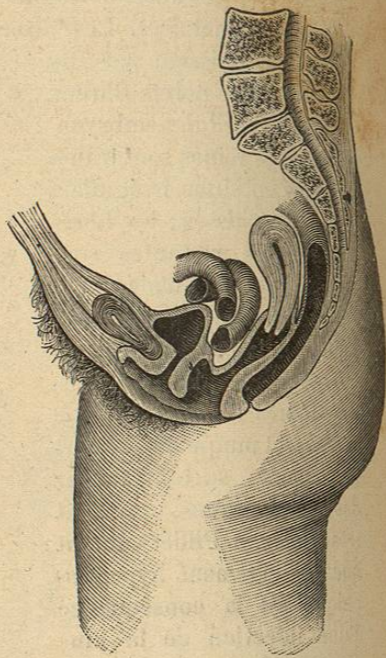


Fig. 81. — Prolapsus antérieur du vagin avec entérocele vaginale antérieure (Martin).

nie de tous les tissus entraîne parfois aussi du prolapsus rectal vrai et, dans tous les cas, un relâchement manifeste du sphincter anal.

Les *culs-de-sac du péritoine* sont abaissés et agrandis. Franque estime que le cul-de-sac vésico-utérin est susceptible de descendre plus bas que celui de Douglas. Avec Schultze et la plupart des auteurs, nous pensons qu'on trouve ce dernier, dans la majorité des cas, beaucoup plus près du sommet de la tumeur. Ce changement de rapports de la séreuse est le résultat, non seulement de l'abaissement des organes et des modifications du tissu cellulaire, mais aussi d'un véritable allongement élastique et du glissement. Cependant, des expériences de Fritsch il résulterait que le glissement du péritoine ne dépasse pas la limite supérieure du bassin. On ne pourrait donc lui attribuer, comme on l'a fait, la ptose, par entraînement des viscères abdominaux. Si l'ectopie rénale complique souvent le pro-

lapsus, elle résulte plutôt du tiraillement exercé par l'uretère abaissé lui-même avec la vessie (Duplay et Chaput). Les culs-de-sac, le postérieur particulièrement, peuvent, comme un sac herniaire, contenir de l'intestin (fig. 80 et 81) et avoir été le siège de péritonite, cause d'adhérence de ses feuillettes et d'irréductibilité de la tumeur.

Les *ligaments larges* sont amincis et tendus comme deux sangles des parois du bassin sur les cornes utérines; les *trompes* et les *ovaires*, avec ou sans lésions propres, souvent abaissés dans le Douglas. Les *ligaments ronds* et les *ligaments utéro-sacrés* sont amincis, atrophiés, allongés, surtout chez les vieilles femmes.

Les *vaisseaux*, sous l'influence de la traction et de la sclérose, sont plus ou moins allongés, dilatés ou obstrués : le varicocèle pelvien, les hémorroïdes, les varices sont la conséquence ordinaire, locale ou éloignée, de ces lésions.

Ajoutons qu'il n'est pas rare d'observer avec le prolapsus, outre l'ectopie rénale, l'entéroptose, l'hépatoptose, l'éventration, les hernies diverses et, comme complications directes et plus rares, des fistules vésico-vaginales résultant des ulcérations dystrophiques ou mécaniques de la tumeur, de l'hydro-uretère, de l'hydronéphrose, de l'urétérite, de la pyélonéphrite, etc.

Au *deuxième degré*, les lésions sont sensiblement moindres : la muqueuse vaginale, qui n'est pas encore extériorisée, conserve ses plis, son humidité et ses caractères anatomiques. L'utérus est généralement plus gros, car ce sont les effets de la congestion, plutôt que de la sclérose, qui dominent. Quant aux moyens de fixité, leurs modifications sont, à un moindre degré, celles que nous venons d'analyser. Le col a souvent subi les modifications trophiques dont nous avons parlé et, suivant qu'elles ont porté davantage sur tel ou tel des segments que Schröder a ingénieusement limités, on peut observer les diverses déformations des culs-de-sac vaginaux.

Dans le *simple abaissement du premier degré*, le fond de l'organe a quitté son niveau normal et le col est plus accessible au doigt, à 4 ou 5 centimètres de la vulve; les culs-de-sac vaginaux plus profonds, au début du moins, avant le décollement du vagin.

Nous répéterons ici qu'il n'y a pas de limite précise à chaque degré, pas plus pour les lésions anatomiques que pour les modalités cliniques. Il s'agit d'un processus à point de départ variable et à évolution progressive, qu'on peut surprendre à un stade quelconque, ce qui explique toutes les combinaisons possibles. Les plus fréquemment observées sont par ordre les suivantes :

- 1° Colpocèle antérieure avec cystocèle, sans prolapsus de l'utérus;
- 2° Colpocèle postérieure. Les deux sont le plus souvent associées à des degrés divers;
- 3° Prolapsus du vagin avec abaissement de l'utérus, sans allongement du col;

4° Prolapsus du vagin avec abaissement de l'utérus et allongement sus-vaginal hypertrophique du col;

5° Chute complète de l'utérus et du vagin;

6° Simple abaissement de l'utérus avec intégrité du vagin ou légère augmentation des culs-de-sac vaginaux.

Symptômes. — A. *Prolapsus aigu.* — Sa caractéristique est d'apparaître brusquement sous l'influence de l'accident causal. La tumeur, formée de l'utérus accompagné du vagin plus ou moins inversé, se montre subitement à la vulve ou en franchit l'orifice. En même temps, la malade éprouve une douleur intense qui peut aller jusqu'à la syncope et au collapsus. Ce brusque déplacement ne va pas sans lésions des tissus et des vaisseaux; aussi s'accompagne-t-il souvent de ruptures vasculaires, d'hémorragies, d'hématome pelvien, d'avortement, s'il survient pendant la grossesse. On peut ordinairement le réduire avec facilité et les accidents alarmants du début disparaissent; mais la prédisposition existant toujours et les ligaments ayant été forcés, il évoluera de nouveau, sans doute, sous forme chronique.

B. *Prolapsus chronique.* — *Début.* — A côté de la forme aiguë proprement dite et rare, il est des prolapsus à début brusque et à évolution lente, sur la fréquence desquels Trélat a justement insisté. Un interrogatoire patient permet souvent de remonter à cette origine. Les malades se rappellent avoir éprouvé, à la suite d'une violence quelconque, une douleur pelvienne, qui n'a pas duré, et une sensation d'abaissement viscéral qui n'a fait que s'accroître, mais sans que nulle tumeur fût appréciable à l'origine.

Mais le début le plus ordinaire des prolapsus est insidieux. Il s'établit lentement, sans cause provocatrice appréciable et se révèle enfin, à une époque plus ou moins éloignée d'un accouchement, pendant la convalescence d'une longue maladie, après une période de fatigue insolite, à la suite d'un amaigrissement rapide.

Constitué, il se traduit par des symptômes *subjectifs*, locaux et généraux, et par des signes *physiques*.

SYMPTÔMES SUBJECTIFS. — a. *Symptômes locaux.* — Imputables au prolapsus seul, ils sont souvent vagues et imprécis. C'est une sensation de béance de la vulve et d'impuissance du périnée qui ne contient plus l'effort; de vide abdominal en même temps que de plénitude et de pesanteur pelvienne; de tiraillements douloureux vers les aines (ligaments ronds), vers le sacrum et les reins (ligaments utéro-sacrés, uretères), vers l'ombilic (ouraqué). Les malades n'ont plus confiance en leurs jambes; leur marche est hésitante, laborieuse, aboutit vite à la fatigue; la station debout, surtout, ne peut se prolonger et même l'immobilité, dans la position assise, est pénible. A plus forte raison, tout travail exigeant des efforts, pour soulever, propulser des fardeaux, devient impossible. Ces sensations sont encore exagérées

lorsque, au prolapsus génital, se joint le relâchement de la paroi et la ptose viscérale abdominale. Les malades ne sont bien que dans le décubitus dorsal qui réduit la lésion et soulage les ligaments.

Mais il importe de noter combien est *subjective* l'intensité de ces malaises et combien peu ils sont proportionnés au degré de la lésion. Telle malade, de rang social élevé, avec un léger abaissement de l'utérus, peut à peine marcher, est une véritable infirme; telle autre, femme du peuple, habituée aux durs travaux, pourra les continuer avec un prolapsus complet bien ou mal contenu par une simple serviette. Il semble même que l'accoutumance se fasse mieux dans les cas extrêmes que dans les cas légers.

Troubles urinaires. — D'autres symptômes, plus précis, sont en rapport avec chaque modalité du prolapsus: tels sont les troubles de la *miction*. Ils sont variables, mais à peu près constants. Ce sont: la *pollakiurie*, due sans doute aux tiraillements exercés sur le col vésical déplacé, à la congestion ou à l'inflammation de la muqueuse vésicale; la *rétention* partielle: le diverticule prolapsé se vide difficilement en raison de sa position déclive et de l'impossibilité où sont ses parois de se rapprocher de l'urètre. Les malades sont parfois obligés, pour uriner, de se mettre dans la position gènu-pectorale, de réduire leur cystocèle avec la main. L'*incontinence* est plus fréquente dans les cas moyens: elle est le plus souvent partielle. Due au relâchement du col vésical ou à la distension par rétention, elle se manifeste sous forme d'un suintement presque continu ou, bien plus, par un jet de quelques gouttes à l'occasion du rire, de la toux, d'un changement d'attitude. C'est là une cause d'irritation permanente pour les muqueuses et les téguments, et d'inconvénients sociaux qui peuvent avoir sur le moral des malades le retentissement le plus fâcheux. Nous ne faisons que signaler les complications possibles de rétention et d'infection ascendante du côté des uretères, des bassinets et des reins.

Du côté de l'intestin. — La constipation est habituelle et la défécation difficile. L'effort, dévié, devient en outre un puissant facteur de la progression du prolapsus. Lorsqu'il y a une rectocèle un peu prononcée, les matières peuvent s'y accumuler, y durcir, occasionner de la rectite et, comme pour l'évacuation de leur diverticule vésical, les malades sont astreintes parfois à des manœuvres de réduction préalable.

Du côté de l'utérus. — La menstruation n'est influencée que dans la limite des lésions intrinsèques de l'utérus et peut rester parfaitement normale. Le coït et la grossesse restent possibles, à moins d'irréductibilité du prolapsus complet. Dans ce cas, l'avortement est la règle. L'ascension de l'utérus grévise corrige momentanément la lésion et peut en faire disparaître les symptômes, qui se reproduisent alors après l'accouchement. La *stérilité* est cependant fréquente