

et qui ne trouble ni la miction, ni la grossesse, ni l'accouchement lorsqu'elle est bien faite.

Je me borne à mentionner une opération d'hystéropexie qui consiste à amener l'utérus au contact de la paroi abdominale au moyen de deux doigts introduits dans le vagin, puis à embrocher avec une aiguille et la paroi abdominale et le fond de la matrice. Cette opération, imaginée par Marion Sims, a été formulée par Carrera, pratiquée par A. Kelly, Kaltbach. Elle est aveugle, elle est dangereuse et n'a plus qu'une valeur historique.

Quelle conclusion tirer de cette énumération fort longue quoique abrégée? Quel choix faire parmi ces nombreuses opérations? Je n'ai pas besoin de dire qu'il y a de grandes divergences entre les chirurgiens à ce sujet. Pour ma part, je ne suis pas partisan des opérations vaginales. Les trachélopexies sont insuffisantes, les hystéropexies vaginales sont efficaces; mais elles mettent l'utérus dans une position si anormale, qu'elles rendent la gestation à peu près impossible.

Au point de vue clinique, il y a deux espèces de rétro-déviations, celles qui sont réductibles et celles qui sont adhérentes.

Pour celles qui sont parfaitement réductibles, le mieux, après avoir obtenu l'asepsie de l'utérus, me paraît être de faire l'opération d'Alexander.

Quant aux rétroversions adhérentes, elles s'accompagnent presque toujours, sinon toujours, de lésions des annexes. Aussi je pense qu'il faut faire d'abord la laparotomie. On traite alors les annexes suivant le degré de leurs lésions et contre la rétroversion, on fait une hystéropexie abdominale.

## VII

## PROLAPSUS

La définition théorique du prolapsus est facile à donner; il faut évidemment entendre sous ce nom l'abaissement de l'utérus en totalité. Mais la découverte de l'allongement hypertrophique du col est venue profondément troubler cette partie de la nosographie. Au XVII<sup>e</sup> siècle, Job ab Mekren décrivait les *fausses chutes* de l'utérus, c'est-à-dire les allongements hypertrophiques du col et cherchait à les différencier des chutes véritables, des prolapsus. Quelques rares observations de ces fausses chutes furent publiées, et les choses en restèrent là jusqu'en 1860. C'est alors qu'Huguier présenta à l'Académie de médecine son célèbre mémoire sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus. Dans ce mémoire, il montra que souvent le col arrivait au niveau de la vulve ou même le dépassait par en bas, bien que le corps occupât sa place normale, et qu'il existait alors non pas un prolapsus de l'utérus, mais un allongement hypertrophique du col. Ces faits entrevus par Job ab Mekren, complètement oubliés depuis le XVII<sup>e</sup> siècle, existent réellement, et Huguier a rendu grand service en attirant sur eux l'attention; mais il alla beaucoup trop loin: « On ne trouve, dit-il, dans presque aucun ouvrage la preuve irrécusable, séméiotique et anatomo-pathologique de l'existence de la chute complète de l'utérus ». On le voit, Huguier en arrivait à nier la chute de l'utérus. A l'Académie, Depaul combattit vivement cette manière de voir trop exclusive; et il n'est pas douteux que les deux

maladies existent avec un type bien défini: le prolapsus de l'utérus d'un côté, l'allongement hypertrophique du col de l'autre. Mais les choses n'ont pas toujours ce caractère de simplicité. On n'a pas tardé à s'apercevoir que l'allongement du col et le prolapsus se combinent souvent, qu'il y a peut-être entre ces deux altérations un rapport de cause à effet, si bien qu'il est impossible aujourd'hui d'en séparer complètement l'étude. Il y a donc trois lésions anatomiques très voisines au point de vue des symptômes, qui sont:

1<sup>o</sup> L'allongement hypertrophique du col de l'utérus (Job ab Mekren, Huguier);

2<sup>o</sup> Les prolapsus de l'utérus sans allongement du col;

3<sup>o</sup> Les prolapsus compliqués d'allongement du col.

L'étude de ces divers groupes de faits ne saurait être dissociée.

*Étiologie et pathogénie.* — Hart et le professeur Trélat ont assimilé les prolapsus génitaux aux hernies en général. Cette assimilation est très juste; ce sont des déplacements dont le processus est analogue à celui des hernies. Ici le canal herniaire, c'est le vagin. Pour que le déplacement se produise, il faut deux conditions: la perte de résistance des moyens de fixation des organes, et une force qui les chasse au dehors. On peut donc dire, avec le professeur Trélat (1), que les prolapsus sont préparés par une insuffisance congénitale ou acquise des moyens de fixité de l'utérus et du vagin, et provoqués par l'augmentation de la pression abdominale, c'est-à-dire par le mécanisme de l'effort. L'insuffisance des moyens de fixité peut être congénitale, car on observe quelquefois les prolapsus chez des nullipares ou même des vierges. Fleetwood-Churchil, Monro, Nonat, Scanzoni, Puech, Munde, rapportent des exemples de ce genre. Nul n'est plus frappant que celui de Puech: « Une jeune fille de vingt ans, vierge, fait un violent effort pour soulever un fardeau; elle ressent une douleur vive dans le bas-ventre, et l'utérus se présente à la vulve à travers l'hymen distendu ».

Mais, dans l'immense majorité des cas, l'insuffisance des ligaments est acquise et c'est l'accouchement le plus souvent, quelquefois les modifications consécutives à la ménopause qui la produisent. L'accouchement agit de diverses façons; dans certains cas, il produit de véritables traumatismes qui diminuent la résistance du périnée et de tout le plancher pelvien; telles sont les ruptures périnéales. L'importance de ces déchirures est considérable. Duplay et Chaput (2) concluent, de leurs études anatomo-pathologiques, qu'avec un périnée qui ne mesure plus que 1 centimètre 1/2 ou moins le prolapsus est fatal. Il faut remarquer que la diminution du périnée ne va pas sans un agrandissement de la vulve; c'est pour cela que Duplay et Chaput ont pu dire que c'est dans les dimensions de la vulve qu'il faut placer le point capital de l'histoire des prolapsus génitaux. Mais l'agrandissement de la vulve est le plus souvent secondaire aux modifications du périnée qui jouent le rôle principal. Il est possible cependant que l'anneau vulvaire lui-même soit définitivement forcé par la tête fœtale sans que le périnée proprement dit soit notablement altéré. Bien souvent, il n'y a pas de plaie, pas de déchirure, dans le sens où l'on entend ordinairement ce mot; l'accouchement produit seulement des trauma-

(1) TRÉLAT, *Clin. chir.*, t. II, p. 621.

(2) DUPLAY et CHAPUT, *Arch. gén. de méd.*, juin 1889, p. 641.

tismes sous-cutanés, qui ne sont pas moins graves au point de vue de la solidité du plancher pelvien que la déchirure elle-même. Hadra<sup>(1)</sup> et Trélat ont insisté à juste titre sur ces faits : ils sont incontestables. On voit souvent des femmes, qui, sans déchirure ou avec une déchirure insignifiante, ont le périnée complètement effondré. Le transverse, le releveur ont subi des déchirures sous-cutanées qui ne se sont pas cicatrisées, et, si l'on pratique simultanément le toucher vaginal et le toucher rectal, on sent qu'il n'y a plus entre les deux organes de cloison solide et que les deux doigts ne sont séparés que par les muqueuses.

Dans d'autres cas, il ne s'agit pas de traumatisme obstétrical, ce sont les modifications qui accompagnent l'involution puerpérale qui jouent le rôle principal. Ces modifications ne sont pas connues dans leur nature. A. Martin attribue une grande importance à la résorption rapide des masses de tissu adipeux développés entre les différentes couches du plancher pelvien.

Il faut dire aussi qu'en dehors de tout traumatisme, chez certaines femmes, soit parce qu'elles se lèvent trop tôt à la suite de l'accouchement, soit parce que leurs tissus sont de mauvaise qualité, les ligaments de l'utérus, largement distendus pendant la grossesse, ne reprennent pas leur tonicité antérieure. La mauvaise qualité originelle des tissus joue là un rôle considérable; il suffit pour s'en convaincre de se rappeler que, chez certaines femmes, la paroi abdominale, malgré 7 ou 8 accouchements, a conservé sa fermeté juvénile, tandis que chez d'autres elle est complètement effondrée à la suite d'une seule couche. On pourrait donc dire qu'il y a là une sorte de prédisposition congénitale.

Après la ménopause, tout l'appareil génital s'atrophie, non seulement les organes principaux, utérus, trompes, ovaires, mais aussi leurs moyens de fixité, leurs ligaments. C'est pour cela que souvent le prolapsus augmente et se complète dans les années qui suivent la ménopause. Ces modifications séniles peuvent même à elles seules, en l'absence de tout accouchement antérieur, déterminer le prolapsus.

Les moyens de fixité de l'utérus sont de deux catégories : 1<sup>o</sup> les moyens de suspension comprenant les ligaments, l'aponévrose sacro-recto génitale et le releveur de l'anus; 2<sup>o</sup> les moyens de contention constitués par le périnée. Il faut remarquer que le vagin est une fente située non pas comme la vulve dans le plan vertical mais au contraire dans un plan transversal. Encore à l'état normal, cette fente est-elle virtuelle, c'est un simple clivage dont le plan étant perpendiculaire à celui de la pression ne diminue en rien la résistance du plancher pelvien. Mais dès que le périnée est forcé, le vagin devient béant et sa paroi supérieure n'étant plus soutenue s'affaisse.

L'autre condition nécessaire pour produire la hernie, c'est la pression. Trélat a beaucoup insisté sur ce fait parfaitement exact qu'un grand nombre de prolapsus qu'on peut qualifier d'aigus et assimiler aux hernies de force se produisent brusquement, à un moment précis, par suite d'un effort : tantôt c'est un effort de toux, de vomissements, tantôt un effort pour soulever un fardeau, pour se garer d'une chute. La douleur n'est pas toujours très vive, si bien que souvent ce début passe inaperçu; mais il est plus fréquent qu'on ne pense, et, quand on prend soin d'interroger minutieusement les malades, on trouve souvent que c'est à partir d'une chute ou d'un effort bien déterminé

(1) HADRA, *Amer. Journal of obst.*, 1884, p. 505.

qu'elles ont commencé à souffrir. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et les cas ne sont pas rares où le prolapsus se produit peu à peu, d'une manière tout à fait chronique, sous l'influence de la simple pression abdominale. C'est dans ce même ordre de cause qu'il faut ranger l'augmentation du poids de l'utérus : cette augmentation agit absolument comme l'effort. Dans certains cas, elle est fort nette; ainsi quand c'est un fibrome qui détermine le prolapsus, ainsi encore quand l'abaissement est produit par la grossesse. Mais plus délicate est l'interprétation quand il s'agit de l'hypertrophie du col. Il est hors de doute que, dans certains cas, elle est causée par l'abaissement, bien que le mécanisme qui lie ces deux altérations soit profondément obscur; mais l'hypertrophie à elle seule peut-elle causer le prolapsus par l'excès de poids qu'elle détermine? Certains auteurs l'ont soutenu, mais il me semble bien difficile de l'admettre. Les quelques grammes que l'utérus pèse en plus sont bien peu de chose en comparaison de la pression abdominale.

Au point de vue pathogénique, il faut attacher la plus grande importance à la position qu'a l'utérus avant de s'abaisser. Tant qu'il reste en antéversion normale, comme il fait avec le vagin un angle à peu près droit, il est absolument impossible qu'il s'engage dans ce canal. Pour que l'utérus puisse glisser dans le canal vaginal, il faut qu'il soit à peu près dans son axe, c'est-à-dire en rétroversion. Dans cette position le corps n'a plus de point d'appui large; il repose de tout son poids sur le col, et tend à le chasser dans l'axe du vagin. La rétroversion est donc une condition indispensable du prolapsus.

Schultze admet que le redressement de l'utérus qui produit la réplétion exagérée de la vessie peut suffire à produire le prolapsus, s'il vient s'y joindre un violent effort.

**Anatomie pathologique.** — Il arrive quelquefois que l'utérus s'abaisse, la partie inférieure du vagin restant en place; il s'agit alors du relâchement des moyens de suspension avec conservation des moyens de contention. Le col en s'abaissant entraîne le fond du vagin qui s'invagine pour le suivre. C'est la grande exception.

Dans l'immense majorité des cas, ce sont les moyens de contention qui ont le plus souffert et les premiers effets de leur perte de résistance se font sentir sur l'extrémité inférieure du vagin. C'est pour cela qu'il est irrationnel de séparer l'étude des prolapsus vaginaux de celle des prolapsus utérins. Il faudrait, à l'exemple de Trélat, réunir tout cet ensemble pathologique sous le titre de prolapsus des organes génitaux. Mais, le plan de cet ouvrage ne permettant pas de faire ainsi, je me bornerai à de simples mentions sur les modifications vaginales.

Le premier phénomène, c'est le prolapsus de la paroi antérieure du vagin. Par suite de la rupture du périnée, cette paroi n'est plus soutenue. Elle porte à faux, suivant l'expression de Bouilly<sup>(1)</sup> et ne tarde pas à s'affaisser dans sa moitié inférieure. Il se forme donc d'abord une colpocèle antérieure. La paroi

(1) F. BOUILLY, Congrès de chir., 1896. — Le prolapsus n'intéressant que le tiers supérieur de cette paroi n'a été constaté qu'une fois à l'autopsie. A. Martin dit en avoir observé une autre sur le vivant. Ce sont là du reste des cas fort différents de ceux qui nous occupent. L'intestin glisse entre la vessie et le vagin; il se fait une entérocele vaginale, qui rentre dans l'étude des hernies, et que je laisse complètement de côté. — E. MARTIN, *Monatsschr. für Geb.*, 1866, p. 168.

postérieure de la vessie suit toujours (les exceptions sont si rares qu'il vaut mieux n'en pas parler)<sup>(1)</sup> la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin; il se forme donc une cystocèle en même temps qu'une colpocèle. En pratique on désigne habituellement cet état sous le nom de cystocèle tout court.

Le prolapsus de la paroi vaginale postérieure est beaucoup plus rare. Il porte aussi sur la moitié inférieure de cette paroi. Mais on observe plus fréquemment que sur la paroi antérieure le prolapsus du tiers supérieur avec entérocele vaginale postérieure. C'est là encore une variété de hernie que je laisse de côté. A la différence du prolapsus de la paroi antérieure qui est presque toujours suivie de la vessie, le prolapsus de la partie inférieure de la paroi postérieure est rarement suivi par le rectum. La paroi recto-vaginale se dédouble, et le vagin seul prolapse; la rectocèle est donc bien plus rare que la cystocèle.

Jusqu'ici l'utérus n'a pas bougé. On rencontre quelquefois une cystocèle avec un utérus en antéversion normale. Mais d'ordinaire l'utérus est en rétroversion, et alors il ne tarde pas à s'abaisser. On dit souvent que le vagin tire sur lui. En réalité, ce n'est pas le poids du vagin qui peut agir, c'est la pression abdominale qui tend à déprimer la partie antérieure du plancher pelvien et qui se transmet à l'utérus par l'intermédiaire non seulement du vagin, mais aussi de la cloison vésico-utérine, et de tous les tractus qui font partie de cette paroi. La majorité des auteurs admettent que deux choses peuvent alors se passer: si les moyens de suspension de l'utérus sont conservés, les tractions exercées sur le col ne peuvent l'abaisser et ont pour résultat de l'allonger; cette conception est fort contestable, j'y reviendrai dans un instant; si les moyens de suspension sont, comme les moyens de contention, très affaiblis, l'utérus s'abaisse.

On distingue un peu théoriquement trois degrés dans le prolapsus: dans le premier degré, qu'on appelle *abaissement simple*, le col encore situé dans le vagin n'est pas visible à la vulve; dans le second degré, *demi-prolapsus*, le col apparaît à la vulve; dans le troisième degré, *prolapsus complet*, *chute* ou *précipitation*, l'utérus tout entier a franchi la vulve en entraînant le vagin renversé.

Étudions l'anatomie pathologique de ce troisième degré; il sera aisé ensuite de se figurer les lésions des degrés intermédiaires. On voit pendre entre les cuisses de la malade une tumeur volumineuse conique qui sort de la vulve. Sur son extrémité inférieure inclinée tantôt en avant, tantôt en arrière, on voit l'orifice externe de l'utérus. Le col ne forme pas de saillie isolée, il se continue sans transition appréciable avec le vagin retourné. Celui-ci se reconnaît à ses plis transversaux. Dans les cas anciens, son épithélium est modifié; il est complètement cutisé. Il n'est pas rare qu'il présente des ulcérations. S'il existait avant le prolapsus une déchirure, le col bâille largement; il se fait un ectropion considérable, et quelquefois la muqueuse endocervicale se cutise elle-même. Dans la paroi antérieure se trouve la partie inférieure de la vessie, qui conserve ses rapports avec le col de l'utérus. Franque a soutenu qu'en général la cloison vésico-utérine est dédoublée, et que le péritoine descend plus bas que normalement sur le col utérin. Schultze considère avec raison cette assertion comme erronée. A la partie supérieure de cette paroi antérieure se voit l'orifice de l'urètre qui regarde en haut.

<sup>(1)</sup> Je ne parle pas des uréthrocèles qui ont été étudiées par M. Duplay et qui sont toutes différentes.

En arrière, il est très rare que le rectum suive le vagin. Le péritoine descend jusqu'à la partie la plus déclive de la tumeur, formant un profond cul-de-sac, où les anses intestinales peuvent s'engager. Il existe alors une disposition tout à fait analogue à celle qu'on observe dans le prolapsus du rectum et que Uhde a appelée hédrocèle: elle est, du reste, exceptionnelle. Quelquefois le rectum suit la paroi vaginale formant un diverticule (rectocèle) dans lequel les matières fécales peuvent s'engager et stagner. Mais la disposition tout à fait inverse se rencontre aussi. Le rectum s'invagine par l'anus, et, en même qu'un prolapsus utéro-vaginal, il existe un prolapsus rectal. Au milieu de la tumeur se trouve, entouré de péritoine, l'utérus qui se place habituellement en rétroversion. Quelquefois cette rétroversion est si accentuée, que l'utérus occupe la partie inférieure de la tumeur, et la vessie vient au-dessus de lui se mettre en contact avec le rectum.

Quand on fait l'autopsie d'une femme atteinte de prolapsus complet, après avoir ouvert l'abdomen, on trouve, entre la partie supérieure de la vessie, qui reste en contact avec la symphyse, et le rectum qui se déplace rarement, un énorme entonnoir où le péritoine s'enfonce. Si l'on suit le péritoine d'avant en arrière, comme il est facile de le faire sur cette coupe (fig. 54), on le voit tapisser la vessie, se réfléchir sur la cloison vésico-utérine, contourner le bord supérieur de l'utérus, descendre sur sa face postérieure jusqu'au point le plus déclive de la tumeur et remonter sur la paroi postérieure du vagin retourné pour tapisser la face antérieure du rectum qui a, dans ces cas, des rapports bien plus étendus avec le péritoine qu'à l'état normal. Sur les parties latérales de l'entonnoir, on trouve les trompes et les ovaires plus ou moins abaissés et les ligaments larges fortement tendus.

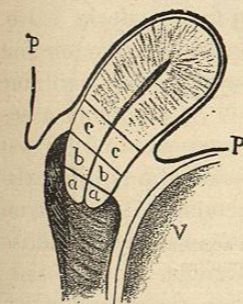


FIG. 53. — Division du col. (D'après Schroeder.)

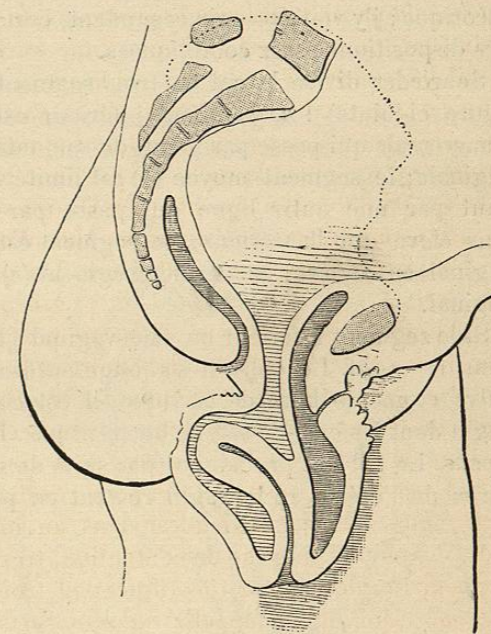


FIG. 54. — Prolapsus complet. (D'après Schultze.)

On s'est demandé jusqu'où le péritoine se mobilisait pour faire les frais de cet énorme déplacement. Fritsch soutient qu'il ne se déplace pas au-dessus de la ligne innominée. Cela aurait une grande importance, car on a prétendu que les tractions exercées par le péritoine pouvaient entraîner l'abaissement des reins. Il est bien plus probable que l'abaissement de ces organes résulte de la même cause que le prolapsus génital, c'est-à-dire l'affaiblissement des moyens de suspension des viscères, qui a pour résultat l'entéroptose généralisée.