

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 grévide corrige momentanément la lésion et peut en faire disparaître les symptômes, qui se reproduisent alors après l'accouchement. La *stérilité* est cependant fréquente

et s'explique plutôt par la disparition du *nidus seminis* et la déclivité des parois vaginales qui ne retiennent pas le sperme.

b. *Symptômes généraux.* — En dehors de la sphère génitale, le prolapsus, même dans ses degrés légers, s'accompagne souvent de troubles éloignés, de phénomènes généraux, d'ordre *mécanique* ou *réflexe*, et liés à l'*asthénie* générale et aux *déplacements* d'autres viscères. C'est ainsi que s'expliquent le ballonnement abdominal, les tiraillements ressentis sur les divers segments du côlon, la dilatation gastrique et les troubles dyspeptiques qui en résultent, les sensations pénibles du côté des reins, du foie, des côtes, simulant parfois la névralgie intercostale ou lombo-abdominale. Les *troubles cardiaques* sont fréquents, revêtent souvent la forme de tachycardie et peuvent aller jusqu'à l'asystolie. Mais c'est le *système nerveux* qui est le plus régulièrement atteint. Outre les névralgies sciatique, intercostale, faciale, etc., on a observé des paralysies diverses, monoplégies, paraparésies et paraplégies complètes, chorée, asthénie, hystérie, épilepsie, qui ont disparu après la cure du prolapsus.

Enfin, c'est une des affections génitales qui ont le plus de retentissement sur l'état moral de la femme. L'inquiétude, l'insomnie, l'agitation, l'irritabilité, la tristesse, le dégoût de tout plaisir peuvent aboutir, chez les prédisposées, à des psychoses caractérisées.

SIGNES PHYSIQUES. — *Premier degré.* — Dans le simple abaissement, primitif ou même secondaire, de l'utérus, les tissus peuvent, à première vue, paraître intacts et il faut *au besoin chercher la lésion*. Il y a, en effet, surtout chez des nullipares nerveuses, timorées, des *prolapsus latents* : par crainte de la douleur ou par pudeur, la malade se contracte, *retient* son prolapsus et arrive à le dissimuler dans une certaine mesure. Il faudra l'examiner patiemment, dans la position debout et dans la position dorso-sacrée, même sous le chloroforme, s'il importe de bien mesurer et apprécier les divers éléments en jeu. En effet, la vulve peut être fermée, le périnée superficiellement intact et même sembler de longueur exagérée.

Mais le *toucher* révèle bientôt les lésions. La malade étant dans la position dorso-sacrée, l'index introduit dans l'anus et le pouce dans le vagin donnent la mesure et renseignent sur la consistance du périnée : celui-ci est réduit aux téguments cutanés et muqueux. Le doigt vaginal ne perçoit pas la résistance si caractéristique de la sangle musculo-aponévrotique, ni des faisceaux du releveur qui, disjoints, rompus ou atrophiés, semblent cheminer parallèlement aux replis du vagin ; on est frappé de la sensation de mollesse de la muqueuse, de sa faible adhérence, si elle n'est pas encore prolabée. Si on fait pousser la malade, on sent les parois s'abaisser, en même temps que le col. Celui-ci est à quelques centimètres seulement de la vulve et d'autant plus bas qu'il a pu subir déjà un certain degré d'allongement sus-vaginal. Grâce au toucher et au palper combinés, on pourra

apprécier la prédominance relative des deux éléments : allongement sus-vaginal du col et abaissement réel de l'organe. Dans le premier cas, les culs-de-sac vaginaux sont conservés et même agrandis et le fond utérin a son niveau normal. Dans le second, les culs-de-sac sont effacés plus ou moins et on atteint difficilement le fond de l'utérus abaissé et dévié en arrière. Le toucher, dans la position debout et pendant l'effort, confirme et accentue les résultats de cet examen.

Si on écarte les parois vaginales au moyen de deux valves, le col se précipite dans le vide ainsi produit et apparaît comme un battant de cloche. En écartant alternativement l'une et l'autre paroi et en faisant pousser, on peut apprécier le degré respectif de l'abaissement de chacune.

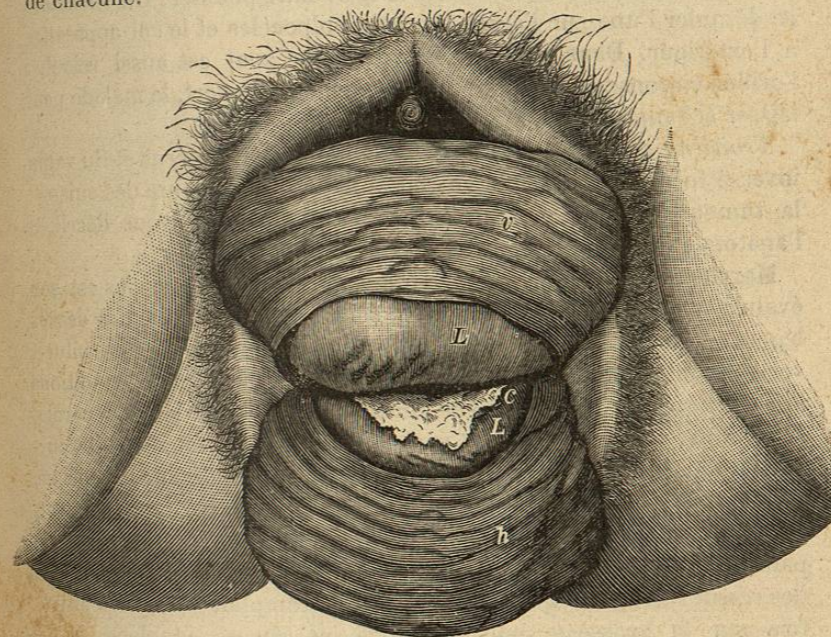


Fig. 82. — Prolapsus antérieur et postérieur du vagin. Prolapsus du col utérin. — v, paroi vaginale antérieure ; h, paroi vaginale postérieure ; L, museau de tanche ; C, muqueuse cervicale (Martin).

Deuxième degré. — Dans cette forme, la plus commune, les lésions sont beaucoup plus manifestes. Les malades les décrivent elles-mêmes en partie. Elles sentent, en procédant à leur toilette, qu'à travers la vulve béante saillit une tumeur arrondie, molle, souvent bilobée, qui s'exagère sous l'effort (fig. 82). Leur doigt atteint facilement le col et il en est qui abusent de cette particularité pour pratiquer sur elles-mêmes des manœuvres abortives.

A l'examen, dans la position de la taille, l'ouverture vulvaire apparaît déformée et élargie, limitée en bas par le périnée, intact mais

relâché, comme dans le cas précédent, ou, plus souvent, déchiré, réduit à une hauteur de 2 centimètres, 1 centimètre et demi, ou moins. Il est constitué, sur sa partie antérieure, par une bande cicatricielle qui, parfois, remonte dans le vagin en se bifurquant sur l'un ou les deux côtés de la colonne postérieure, et dont les adhérences ont pu prévenir ou limiter la formation de la colpocèle postérieure. En travers de l'ouverture vulvaire, se montre la saillie arrondie de la cystocèle et au-dessous, celle, ordinairement moins accentuée, de la colpocèle postérieure. Elles sont parfois réunies par deux petits bourrelets latéraux formés par le relief des parois latérales abaissées aussi. Entre les deux, se montre le col, avec ses lésions propres de cervicite, d'hypertrophie, de lacération. Si le prolapsus est un peu moins avancé, il suffit d'écarter les lèvres et de faire pousser. On voit alors se dérouler l'une sur l'autre les deux colpocèles et le col apparaît à l'extérieur. Dans ces cas, le sphincter anal est aussi relâché, l'orifice circonscrit d'hémorroïdes et, pendant l'effort, la malade peut laisser échapper des gaz ou des matières.

Troisième degré. — C'est l'ectopie complète de l'utérus et du vagin inversé formant, hors de la vulve et à la partie antérieure des cuisses, la tumeur plus ou moins volumineuse dont nous avons décrit, à l'anatomie pathologique, l'aspect et les lésions.

Marche et pronostic. — La caractéristique du prolapsus est son évolution progressive. A défaut de soins, il doit aboutir, des degrés légers, à la chute complète. Mais il est évident que son allure, variable pour chaque malade, est subordonnée à mille conditions essentielles ou accessoires : âge, musculature, état de santé générale, alimentation et hygiène, état social, professions, maladies intercurrentes, etc. La guérison spontanée n'est guère admissible. Au début, la réduction se fait facilement, spontanément, par le simple repos au lit, puis elle devient de plus en plus difficile et les traitements palliatifs ne peuvent guère produire qu'un arrêt temporaire. A défaut des ressources chirurgicales actuelles, on comptait volontiers autrefois sur la grossesse pour remettre les choses en place. Il est possible, à la rigueur, qu'une deuxième grossesse, suivie d'une involution idéale, corrige jusqu'à un certain point un léger abaissement amorcé par un accouchement précédent. Mais un tel traitement est bien illusoire et, en fait, les grossesses successives, cause primordiale du prolapsus, sont aussi une cause de son aggravation. Si, arrivé à son ultime degré, il ne peut aller plus loin, il faut compter avec les lésions locales et éloignées que sa persistance entraîne.

Le pronostic immédiat est subordonné à la tolérance et à la condition sociale des malades. Sans compromettre directement leur existence, le prolapsus est non seulement une difformité, mais une infirmité dont les conséquences éloignées, physiques et morales, peuvent être graves. Qu'il suffise de rappeler les douleurs, l'impuissance au travail, les

complications du côté des voies urinaires, le retentissement sur la circulation et les fonctions digestives, le dégoût du coït et les conséquences morales qui en découlent, la stérilité, les complications possibles du côté du système nerveux sensitivo-moteur et psychique.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel est facile, en général. *Au premier degré*, on n'a guère à se préoccuper que d'établir la distinction entre l'abaissement vrai et l'allongement du col, sous- ou sus-vaginal. Le toucher et le palper combinés permettent de reconnaître l'état des culs-de-sac et le niveau du fond de l'organe derrière la symphyse.

Au deuxième degré, le simple examen révèle les caractères propres du col et empêche de le prendre pour un polype quelconque. Des kystes du vagin peuvent simuler jusqu'à un certain point les colpocèles et nous avons opéré un cas dans lequel la confusion avait été faite. Il s'agissait de deux kystes, l'un antérieur, l'autre postérieur, faisant une forte saillie : le premier, perforé, était la source d'un écoulement continu dans le vagin, qui avait fait croire à une fistule vésico-vaginale. Le cathétérisme vésical combiné au toucher et la situation haute du col permirent de rectifier le diagnostic.

Au troisième degré, la tumeur peut simuler un gros polype fibreux ou l'inversion utérine : la présence de l'orifice cervical au sommet est pathognomonique du prolapsus, indépendamment des caractères propres à la tumeur. Ce qu'il importe de préciser, c'est non seulement le degré, mais la modalité du prolapsus, le détail des lésions utérines et péri-utérines, des complications et, autant que possible, les lésions éloignées et le mode pathogénique qui a présidé à l'évolution du cas donné. Le choix judicieux du traitement se base sur l'ensemble de ces notions.

Par le cathétérisme vésical, on reconnaît la déviation de l'urètre, les dimensions et les limites du diverticule vésical prolapsé, le degré d'épaisseur des parois, l'état inflammatoire de la vessie et, éventuellement, la présence d'un calcul, d'un fungus, etc.

Au moyen de l'index recourbé en crochet dans le rectum, il est facile de voir si une colpocèle postérieure est doublée ou non de rectocèle. Une valve, écartant alternativement l'une et l'autre paroi du vagin, montre les limites du déplacement de chacune.

Le toucher et le palper combinés, secondés au besoin par l'hystérométrie, sont les moyens nécessaires pour apprécier les divers états de l'utérus, son degré d'abaissement, de rétroversion ou de flexion, de réductibilité. Lorsque les parois abdominales sont suffisamment souples, on peut même se rendre compte de l'allongement et de la tension des ligaments, du siège et des lésions connexes des trompes et des ovaires déplacés. L'hystéromètre, mesurant 10, 12, 18 centimètres, indique un allongement correspondant du segment sus-vaginal du col.

Dans la procidence complète, la première notion à acquérir est

celle de la *réductibilité* de la tumeur et de son degré de coercibilité. L'irréductibilité peut n'être que momentanée et due à une augmentation congestive de son volume : on fera une nouvelle tentative après quelques jours de repos au lit. Si elle est définitivement irréductible, cela tient à des adhérences soit de la muqueuse vaginale à l'utérus, soit des feuillettes des culs-de-sac péritonéaux opposés. Il faut, en outre, analyser toutes les lésions superficielles de la tumeur, l'état du col, du périnée et, autant que possible, des ligaments supérieurs, rechercher si des anses intestinales sont contenues dans les culs-de-sac, etc.

Enfin, il importe d'établir, par l'interrogatoire et l'examen direct, l'état de statique des organes abdominaux et de fonctionnement de l'appareil rénal et de l'appareil pulmonaire, vérifier la musculature générale, voir si le prolapsus est d'origine obstétricale, s'il a commencé par le vagin ou par l'utérus, établir la relation qui peut exister entre la lésion et les troubles nerveux ou l'état mental, etc. De ce diagnostic complexe et circonstanciel dépendent le choix d'un traitement rationnel et le succès définitif de celui-ci.

Traitement. — On conçoit aisément que le traitement ne puisse être uniforme contre une lésion qui revêt des aspects si multiples et chez des malades se présentant dans des conditions si diverses. D'innombrables méthodes ont été proposées et mises en œuvre, ingénieuses ou bizarres, et dont l'historique seul comporterait un long chapitre. Nous nous limiterons à l'exposé des principales. On peut les diviser en *médicales*, ou non sanglantes, et opératoires, ou *chirurgicales*.

1. **Méthodes de traitement médical.** — Elles emploient les moyens *prophylactiques*, *kinésithérapiques* et *orthopédiques*.

a. **PROPHYLAXIE.** — Elle est applicable surtout pendant la période puerpérale et consiste dans la réalisation de deux conditions principales : l'asepsie parfaite de l'accouchement et de ses suites et la réparation immédiate et soignée des lésions, même peu étendues, du périnée et du vagin. L'hygiène des suites de couches doit être, en outre, judicieusement dirigée. La période de repos nécessaire au lit, après l'accouchement, doit varier sans doute avec l'état de vigueur générale de chaque malade et avec la simplicité ou les complications de l'accouchement; mais elle ne doit guère être inférieure à quinze ou vingt jours. Pendant une période ultérieure au moins égale, l'accouchée devra encore éviter les efforts de toute nature, les travaux pénibles, les rapports conjugaux et la constriction du corset, des vêtements, des ceintures compliquées, à pelote antérieure, ou des bandages abdominaux trop serrés, que les sages-femmes conseillent trop volontiers, dans le but illusoire de corriger la déformation abdominale. Ces indications sont d'ailleurs données en détail dans les traités d'obstétrique.

Chez les jeunes filles et les jeunes femmes chlorotiques, anémiques, asthéniques, il est sage d'envisager l'avenir au point de vue particulier qui nous occupe et de conseiller les moyens capables de développer la musculature du bassin.

b. **KINÉSITHÉRAPIE** (1). — Ce mode de traitement, érigé en méthode et magistralement employé par Thure-Brandt, jouit d'une grande vogue dans les pays scandinaves, en Russie, en Allemagne. Il s'est encore peu acclimaté en France, bien qu'il puisse rendre de réels services, particulièrement dans les cas de relâchement primitif des moyens de suspension, entre les mains de masseurs expérimentés et chez des malades confiantes. En effet, le traitement doit se prolonger pendant plusieurs semaines, souvent plusieurs mois. Si Thure-Brandt, Sielski, Strojnowski, von Preuschen, Winaver, etc., en ont obtenu de bons résultats, d'autres, Filnerr, Winberg, etc., en ont été moins satisfaits.

Il consiste, dans ses parties essentielles, en trois ordres de moyens : 1° massage bi-manuel, à travers les parois du vagin et de l'abdomen, dirigé sur les ligaments et destiné à reconstituer leur tonicité ; 2° mouvements d'élévation de l'utérus, en masse et saisi à pleines mains à travers les parois abdominales, avec l'assistance d'un aide qui le soulève par le vagin ; 3° mouvements actifs d'adduction et d'abduction des cuisses et mouvements passifs imprimés par l'opérateur pendant que la malade s'y oppose de toutes ses forces. Ces manœuvres ont pour but de faire contracter les muscles du bassin et, en particulier, les sphincters et le releveur.

TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE. — Il a pour objectif de contenir les parties prolabées au moyen d'appareils appropriés qui prennent le nom de *pessaires* ou d'*hystérophores*.

Les *pessaires* sont des instruments, de formes innombrables, destinés à soutenir l'utérus en prenant leur point d'appui sur les parois du vagin, et sur le périnée. Les uns ne peuvent que s'opposer à la descente de l'utérus, quelle que soit son orientation, et sans corriger celle-ci. Tels sont : les pessaires ovoïdes de Breisky, l'anneau de Mayer-Dumontpallier (fig. 83), le pessaire à ailettes de Zwanck-Schilling (fig. 85), les appareils à insufflation comme le pessaire de Gariel (fig. 84), etc. Les autres visent, en même temps que le maintien, le redressement de l'utérus dévié : ce sont les pessaires de Hodge à courbure variable, les pessaires de Schultze, en traîneau (fig. 86), en 8 de chiffre (fig. 87), en gimblette. Les modèles en sont nombreux, et sont des modifications plus ou moins heureuses de ces types principaux. L'usage des pessaires proprement dits suppose, sinon l'intégrité, au moins la survivance d'une certaine tonicité du périnée et du vagin. Il est clair qu'ils ne peuvent étayer l'utérus qu'à condition de reposer

(1) Voy. CÉCILE LEDER, *Arch. de gynéc.*, 1895. — Mme PELTIER, th. de Paris, janvier 1895. — STAFFER, *Traité de kinésithérapie gynécologique*. Paris, 1897.