

matisme, une chute, une violence amener le prolapsus, même chez des jeunes filles. Mais il faut bien le dire, cet accident ne se produit guère que lentement, à mesure que les parties qui retiennent l'utérus en haut et en bas se dilatent. Quand le prolapsus se produit chez la jeune fille, il trouve une dernière barrière dans la membrane hymen et devient fort douloureux.

J'en ai fini avec les signes et le diagnostic du prolapsus utérin, Messieurs. Je leur ai consacré toute mon attention pour remettre à plus tard l'étude du manuel opératoire qu'il convient d'appliquer à une infirmité gênante contre laquelle, vous le verrez, les ressources de l'art sont quelquefois bien impuissantes et doivent se résigner à corriger plutôt qu'à guérir.



TRENTE-SIXIÈME LEÇON

Des complications et du traitement du prolapsus utérin.

Histoire clinique des complications du prolapsus utérin. — Observations précédemment citées.

Prolapsus utérin à ses divers degrés. — Soins généraux qu'il réclame. — Traitement médical.

Le prolapsus utérin n'est justiciable que d'un traitement palliatif. Ce traitement est réalisé soit par les tuteurs mécaniques, les pessaires, soit par certaines opérations sanglantes.

Notions générales sur les opérations sanglantes. — Opération de M. Le Fort. — Modifications apportées à ce dernier procédé par M. Lanelongue de Bordeaux.

MESSIEURS,

L'histoire des complications tient, dans le prolapsus utérin, une large place, surtout quand il faut discuter les moyens d'action.

La malade, qui a fait l'objet de la dernière leçon, est loin d'avoir présenté l'ensemble des complications dont je vais vous parler; mais le hasard a conduit, depuis deux jours, dans nos salles, une autre malade, plus sérieusement atteinte, que j'aurai bientôt l'occasion de vous montrer. Dans tous les cas, vous com-

prenez qu'il est bon de prévoir le danger, alors qu'il n'existe pas encore, et de vous bien faire connaître quels accidents vous avez à redouter et à combattre.

Vous connaissez déjà la cystocèle qui est le résultat de l'union intime du bas-fond de la vessie avec la région cervicale de l'utérus. Il ne saurait y avoir de prolapsus sans que la vessie soit déplacée. De là cette double cavité formée par le bas-fond de la vessie, entraînée au-dessous et en dehors du pubis.

Cette cystocèle est l'occasion de nombreuses complications. La première, qui en entraîne d'autres après elle, est la façon dont s'opère la miction. La vessie se vide mal; il faut, avec la main, appuyer sur la tumeur et l'hypogastre pour faire évacuer l'urine retenue dans les diverticules. L'urine, du reste, ne s'écoule qu'en bavant ou par jets discontinus et se répand sur la tumeur, sur la vulve et sur les cuisses. Par son contact, elle altère la muqueuse et la peau, où ne tardent pas à se produire des ulcérations douloureuses.

Vous en avez tous vu ce matin un exemple chez la nouvelle malade qui a été récemment admise à la salle 8.

Ces ulcérations, produites par le contact de l'urine, ont pu, dans certains cas, devenir assez vastes et profondes pour perforer la cloison vesico-vaginale.

Les conditions dans lesquelles se fait la miction ont une conséquence qu'il est facile de saisir: il existe

toujours dans le diverticule inférieur une certaine quantité de liquide qui, par son séjour prolongé, irrite la muqueuse, l'altère; aussi voit-on fréquemment les urines devenir louches, purulentes, et la miction provoquer alors des douleurs pénibles. Chez notre première malade, nous avons pu constater un début de cystite dû, sans aucun doute, à cette cause.

L'altération des urines n'est pas le seul fait à redouter quand elles stagnent dans la vessie. Leurs sels se déposent aussi sur la muqueuse altérée, et un calcul peut se former, comme Blandin en a présenté une intéressante observation.

La marche de ces lésions ne saurait ici différer de ce qu'elle est dans la cystite chronique ordinaire. Les uretères, bassinets et calices, peuvent, à leur tour, être pris de proche en proche, de telle sorte que le rein lui-même ne saurait, à un moment donné, échapper à l'envahissement du mal.

L'inflammation propagée n'est pas, au surplus, le seul élément qui doit être compté dans la pathogénie des altérations des voies urinaires supérieures. La compression des uretères qui, eux aussi, se trouvent entraînés et comprimés dans le prolapsus, amène nécessairement l'écoulement difficile de l'urine du rein dans la vessie; ils se dilatent au-dessus de l'obstacle; la substance rénale, altérée par cette pression inattendue, s'atrophie, disparaît, et les accidents urémiques sont bientôt à redouter.

Je ne ferai que signaler la rectocèle, parce que la chute simultanée du rectum entraîné en avant par l'utérus, n'amène pas en général des désordres sérieux. La malade est bien encore obligée de recourir à des moyens mécaniques, à des pressions quelquefois pour accomplir ou achever la défécation, mais de ce fait ne résultent pas de graves incidents.

Bien autre est le relâchement des divers tissus qui entrent dans la composition du périnée. Il n'est pas impossible, en effet, que, sous l'influence de la distension qu'ils subissent, vienne à se produire une véritable éventration du périnée. Chez la première malade dont je vous ai signalé l'arrivée, la vessie est saillante en avant de la tumeur, le rectum, entraîné lui aussi, présente en arrière l'aspect d'un battant de cloche, et l'utérus a complètement abandonné la cavité pelvienne; le périnée n'existe pour ainsi dire plus.

Tels sont, Messieurs, les accidents que peut produire le prolapsus à son plus haut degré. Il n'est donc pas étonnant que les chirurgiens se soient appliqués à rechercher les moyens de combattre une aussi triste infirmité.

Difficile question que celle du traitement!

Le prolapsus doit être, à proprement parler, considéré comme incurable. Il est impossible de restituer aux ligaments la vigueur qu'ils ont perdue, et c'est pourtant là que serait la vraie guérison. On ne

connaît que des palliatifs destinés à combattre les accidents et à maintenir l'utérus, mais ils ne peuvent rien contre les ligaments affaiblis.

Quelle est donc la marche à suivre?

Il faut avant tout rechercher la cause qui a pu déterminer l'abaissement et la combattre aussitôt. Prenons des exemples: vous enlèverez un gros polype qui par son poids a sollicité l'abaissement, vous n'hésitez pas à faire l'amputation du col si une hypertrophie de cette région vous paraît en cause. C'est dans ces dernières conditions aussi que des moyens fort simples pourront réussir et doivent être employés: les bains, les injections astringentes.

Cette première indication remplie, que ferez-vous contre le prolapsus lui-même?

Il convient de distinguer, car l'affection ne se présente pas toujours avec l'intensité que vous avez vue.

A une première période, l'utérus est légèrement abaissé; le vagin peut avoir encore une longueur de 4 à 5 centimètres.

A un degré plus accentué, le museau de tanche se montre à la vulve.

Enfin l'utérus a franchi la vulve et le prolapsus est complet.

Il est certain qu'à ces différentes périodes correspondent des traitements différents et variés. Dès le début, on peut espérer rendre aux ligaments leur

tonicité déjà compromise avec des moyens artificiels, des toniques, des injections astringentes. C'est, ainsi que l'hydrothérapie, l'électricité devront être employées. Il n'est pas, en effet, impossible que ces derniers moyens puissent être suivis de succès puisque les ligaments utéro-sacrés ont une structure musculaire. A cette première période, comme aux suivantes, le traitement physiologique peut être aidé quand il doit réussir, ou suppléé quand il échoue, par les tuteurs mécaniques, par les pessaires. Quelques malades sont soulagées par eux, à condition que, par des soins exacts de propreté, elles éloignent les accidents qui peuvent résulter de leur usage. Les pessaires s'incrument de sels calcaires quand ils ne sont pas retirés régulièrement et lavés, ils font naître autour d'eux des ulcérations et peuvent même perforer les cloisons voisines. Je me souviens avoir vu, il n'y a pas très longtemps, dans mon service, une femme qui, pour ne pas avoir surveillé l'usage d'un pessaire, eut une grave perforation de la cloison vésico-vaginale et fut atteinte d'un volumineux calcul développé dans une arrière cavité vésicale formée par ce même pessaire qui avait en partie pénétré dans la vessie et déprimé fortement ses parois.

Il va sans dire, Messieurs, que les tuteurs mécaniques ne conviennent pas à tous les cas et qu'ils doivent être proscrits quand il existe des complica-

tions utérines ou péri-utérines. Ces restrictions faites, ils sont un bon moyen de traitement.

Notez en effet que le périnée et la vulve ont encore leur résistance et qu'il s'agit simplement de maintenir, d'arrêter l'utérus qui bientôt viendra les dilater. Anneaux, pessaires en gimbelettes conviennent également, mais le service qu'ils rendront ne sera le plus souvent que temporaire parce que, autour d'eux, les parois vaginales se distendront peu à peu. Pour que leurs effets soient durables, il faut en règle générale qu'ils soient légers, peu volumineux et ne ressemblent pas à ceux dont on se servait autrefois, qui, lourds et très grossiers par leur forme, altéraient les parois vaginales.

Les pessaires à air de Gariel, ceux de Sims en aluminium qui sont très légers, le ressort de montre recouvert de caoutchouc de Dumont-Pallier qui se moule exactement sur les parties, sont de bons instruments.

Cependant je ferai au pessaire de Dumont-Pallier le reproche de permettre à l'utérus de s'engager à la longue dans sa cavité et par conséquent de ne pas arrêter le prolapsus autant que les autres. Pour éviter cet inconvénient, M. le D^r Flornoy (de Bordeaux) a imaginé d'ajouter à l'anneau circulaire un petit diaphragme de caoutchouc très souple qui maintient admirablement le col, bien qu'il soit à son centre percé d'un orifice.

Quand l'utérus n'est plus soutenu par le pessaire

simple et qu'il y a relâchement des parties constituantes du périnée, on recherche quelquefois un point d'appui extérieur. Tel est, par exemple, le pessaire à bilboquet muni d'une tige destinée à se fixer en dehors de la vulve sur un lien, sur une ceinture quelconque ; tel encore le pessaire en papillon, qu'on introduit fermé et qui s'ouvre par un système de tiges bien ingénieusement combiné.

Je pourrais prolonger bien longtemps cette énumération : le nombre de ces appareils, proposées à diverses époques est une preuve irrécusable de l'impuissance où nous sommes d'assurer exactement la situation fixe de l'utérus quand il tombe. J'aime mieux vous tracer, comme je viens de le faire, des règles générales pour arriver de suite à l'intervention opératoire pour la discuter.

L'idée première des opérations proposées pour remédier au prolapsus vient des surprises ménagées par la cicatrisation d'ulcérations qui en amenant l'atréisie du vagin avaient guéri le prolapsus. Toutes sont dès lors basées sur des pertes de substances, pratiquées à des hauteurs variables, toujours dans le but de rétrécir circulairement le conduit vaginal pour arrêter l'utérus dans sa chute. Le bistouri, les caustiques ont été employés, mais l'idée est toujours la même, qu'il s'agisse de l'élytrorrhaphie ou de l'épisorraphie, de l'infibulation ou de l'épisiopérinéorrhaphie.

Je n'insiste pas sur ces procédés à peu près abandonnés aujourd'hui.

Sims a préconisé une incision en V, qui établit une ligne d'avivement sur la paroi antérieure du vagin, ligne qu'on réunit ensuite au moyen d'une suture transversale. Vous trouverez, dans les ouvrages spéciaux, des détails de médecine opératoire concernant ces divers procédés, et les résultats qu'ils ont donnés à leurs auteurs.

Bien que le procédé de Sims, ou celui d'Emmet, qui en est une modification, ait réussi entre les mains de ces chirurgiens, j'avoue n'avoir eu que des insuccès quand j'ai cru devoir l'employer. Dans deux circonstances, mes malades ont été améliorées et j'ai pu maintenir l'amélioration grâce à l'usage des moyens mécaniques. Je préfère de beaucoup le cloisonnement du vagin tel que l'a décrit et pratiqué le professeur Le Fort.

La méthode de Le Fort consiste à faire un avivement vertical, sur la ligne médiane, des deux parois opposées du vagin, l'utérus étant maintenu au dehors, et à suturer ensemble les bords de ces deux avivements à mesure qu'on réduit l'utérus, de telle sorte que parois antérieure et postérieure adhèrent après cicatrisation et que désormais le vagin soit constitué par deux canaux parallèles l'un droit et l'autre gauche. L'utérus se trouve ainsi arrêté, puisque le col rencontre aussitôt la partie supérieure de cette cloison médiane.