

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON

LE PROLAPSUS DE L'URÈTRE CHEZ LES PETITES FILLES

- I. — Description de la tumeur muqueuse, saignante, entourant l'urètre.
- II. — Symptômes caractérisés par des pertes blanches et rouges. On croit quelquefois à tort à un viol. Principales erreurs de diagnostic possibles.
- III. — Étiologie; fillettes ou femmes âgées; vulvite avec urétrite; efforts. Cautérisation pour les cas légers. Excision des tumeurs un peu prononcées.

Il me paraît utile de vous dire quelques mots sur une fillette atteinte d'une lésion assez rare, mais fort importante à connaître aussi bien pour son diagnostic et son traitement que pour les considérations médico-légales auxquelles elle peut donner lieu : il s'agit d'un prolapsus de la muqueuse urétrale. Voyons d'abord l'histoire de la malade que vous avez eue sous les yeux ; je vous rappellerai ensuite deux observations que j'ai recueillies l'an dernier et qui servent de base à un intéressant mémoire de mon élève H. Blanc¹.

I

Le 12 février 1896, on m'a présenté à la consultation de l'hôpital Trousseau une enfant de six ans, souffrant depuis trois jours

1. H. BLANC. — « Prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme, et en particulier chez la petite fille. » *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, juin 1895, p. 523.

de pertes de sang par la vulve. Il y avait un suintement léger, mais continu ; à la fin de la journée la chemise était tachée comme celle d'une femme, et pour une fille de six ans, cela parut anormal à la mère, qui dès lors vint consulter à l'hôpital.

L'interrogatoire ne nous a révélé aucun antécédent héréditaire digne d'être noté. Il nous a appris — et ce renseignement étiologique est de quelque importance — que l'hémorragie a débuté le jour où l'enfant s'est levée pour la première fois, après un séjour au lit de quinze jours pour une bronchite accompagnée de fortes quintes de toux.

Immédiatement, j'ai examiné devant vous la région vulvaire et je vous ai fait constater que tout y était d'apparence normale, sauf le méat urétral. Autour de lui, vous avez pu voir quelques traces de sang sur un petit bourrelet rouge à peine saillant, ressemblant à une muqueuse enflammée. C'en était une, en effet, et sans qu'il ait été besoin de nous attarder à une discussion oiseuse de diagnostic différentiel, cette constatation a suffi pour vous prouver, avec évidence, que le sang était fourni par un prolapsus léger de la muqueuse urétrale.

Le résultat de la thérapeutique a vite confirmé cette opinion : mon interne M. Weill a, sur mes indications, cautérisé trois jours de suite le bourrelet saillant avec une solution de nitrate d'argent à 1/50 ; dès le premier attouchement, l'hémorragie a cessé et, au bout de trois jours, tout était terminé.

II

L'observation que je viens d'analyser devant vous, vous enseigne les symptômes habituels et la thérapeutique efficace du prolapsus urétral au premier degré, ne formant pas tumeur. Mais si on abandonne la lésion à elle-même, elle s'aggrave, et la muqueuse enflammée, exstrophée, constitue une tumeur rouge, violacée, quelquefois même noirâtre et d'aspect gangreneux, pouvant atteindre le volume d'une noisette, d'une noix, plus même chez la femme adulte.

Quelquefois, c'est par hasard, à l'occasion des soins habituels de propreté, que la mère s'aperçoit de cette tumeur. Le fait est rare, et d'ordinaire quelque symptôme attire l'attention : ce sera quelquefois la dysurie, la douleur, la gêne par la marche, par le frottement des linges ; ce sera en général, la lésion étant indolente, un écoulement de pus, et surtout de sang. C'était le cas chez notre malade actuelle ; ce l'était aussi chez une de celles dont H. Blanc a publié l'observation.

On conçoit que ces écoulements anormaux puissent faire redouter à une mère que sa fille ait subi des atteintes criminelles, mais il est sans excuse qu'un homme de l'art commette une pareille erreur. Il suffit de regarder la région pour voir qu'il n'y a pas trace de déchirure, que la vulve et l'hymen sont absolument normaux, et que, par contre, à la région du méat existe une tumeur sessile, perforée au centre d'un orifice où pénètre aisément la sonde. Et cependant, voici l'histoire médico-légale de la première fillette que j'ai soignée. Sa mère s'aperçoit, un matin, qu'elle porte à la vulve une tumeur d'apparence suspecte : et vite, chez le pharmacien, lequel, entre deux boccas, conclut à un viol. On se décide à consulter le médecin de la famille, qui confirme ce diagnostic invraisemblable. De là plainte au parquet de Versailles, et un médecin légiste est commis pour examiner l'enfant : alors on reconnut enfin qu'il n'y avait aucun signe permettant de conclure au viol, mais que la petite malade portait une tumeur sur la nature de laquelle le médecin ne pouvait se prononcer. C'est dans ces conditions que la fillette fut conduite à l'hôpital Trousseau, où je n'eus qu'à introduire une sonde dans l'orifice central pour voir couler l'urine et pour diagnostiquer ainsi la lésion.

Cette petite manœuvre est bien aisée, et j'aurais eu honte, sans l'historiette que je viens de vous raconter, de vous recommander d'y recourir avant de mettre en mouvement les gendarmes et les magistrats. Jointe à l'intégrité de l'hymen, elle écarte immédiatement l'hypothèse de viol et, d'autre part, elle vous permet d'éviter les diverses erreurs de diagnostic qui ont été commises.

Toutes ces méprises, sans doute, s'expliquent, soit par une ignorance extrême du médecin, comme dans mon cas, soit par des

circonstances cliniques spéciales qui déroutent l'observateur le plus sagace et qui, dès lors, ne prêtent pas à une étude d'ensemble. Le seul diagnostic qui, d'une manière générale, doit être examiné, consiste à différencier le prolapsus urétral des diverses tumeurs de l'urètre chez la femme, tumeurs qui semblent d'ailleurs ne guère prêter à la confusion que chez la femme adulte.

Pour résumer ces considérations diagnostiques, je n'ai qu'à mettre sous vos yeux le passage où elles sont exposées par mon élève Blanc :

« Dans un cas de Seguin, la muqueuse prolabée s'était sphacélée, des vomissements étaient survenus, l'état général était précaire. On pensa à une hernie étranglée.

« Tavignot, Hudson rapportent chacun un cas où l'orifice urétral fut pris pour l'orifice utérin, et le diagnostic de prolapsus de l'utérus fut porté.

« Rarement le prolapsus prête à de pareilles erreurs. Il est plus délicat quelquefois de se prononcer en présence d'une tumeur née dans l'urètre, d'un prolapsus partiel à pédicule intra-canaliculaire. Le cancer de l'urètre (erreur de Reichalt, Benicke) se reconnaît à sa marche envahissante après un début insidieux, aux difficultés de la miction souvent sanguinolente, à ses caractères de tumeur dure, ligneuse, diffuse, reposant sur une muqueuse indurée, à l'adénopathie, etc. Nous ne signalons que pour mémoire la confusion possible avec des kystes urétraux, avec une hypertrophie simple de la muqueuse. Deux ordres d'affections seulement nous arrêteront : 1° ces tumeurs bénignes de l'urètre, décrites sous les noms les plus divers : caroncules, papillomes, fibromes, polypes urétraux ; 2° l'urétrocèle et la cystocèle urétrale.

« Les tumeurs bénignes de l'urètre varient un peu selon l'élément prédominant. Tantôt leur surface est recouverte de villosités (*papillome*) ; tantôt les vaisseaux sanguins présentent un grand développement (*angiome polypeux*), ou bien c'est l'élément conjonctif adulte (*fibrome polypeux*) ; la forme la plus fréquente est la *végétation*.

« Tant que la production reste dans le canal, sa croissance est lente, mais si elle fait hernie, on a affaire à un champignon exubé-

rant à surface multilobée, granuleuse, bientôt sécrétante et exulcérée ; mais les mictions sont fréquentes et douloureuses ; la tumeur est nettement intra-urétrale, quelquefois pédiculée sur la paroi inférieure du canal, et le méat se trouve toujours sur le pourtour.

« L'urétrocèle est facile à reconnaître : présence sur le trajet de la moitié antérieure de l'urètre d'une tumeur arrondie, rénitente ou fluctuante, dont on pourra, soit par le catéthérisme, soit par la simple pression, faire sourdre le contenu par le méat ; avec cela, mictions fréquentes et parfois incontinence d'urine.

« Quant à la *cystocèle urétrale*, on se souviendra qu'elle peut se présenter sous deux formes : tantôt la vessie s'invagine sur elle-même et vient faire issue sur le méat ; tantôt il s'agit réellement d'un décollement de la muqueuse vésicale qui glisse et apparaît à l'extérieur. Mais, dans l'un et l'autre cas, il est aisé de différencier cette affection du prolapsus de la muqueuse urétrale, la tumeur est libre dans l'urètre, sans orifice central par où s'écoule l'urine. La miction est le plus souvent difficile, souvent même il y a rétention : la réductibilité est la règle. »

III

Je désirais insister sur l'étude clinique : avant d'arriver à l'étude thérapeutique, laissez-moi faire une courte digression étiologique.

L'âge de la malade doit d'abord être mis en relief. D'après un relevé de Kleinwächter, 66 pour 100 des sujets atteints de prolapsus urétral ont de un à quinze ans ; 22 pour 100 ont de quarante-sept à soixante-quinze ans : donc jeunesse et vieillesse, jeunesse surtout, sont des facteurs étiologiques importants. Quant aux causes déterminantes chez l'enfant, notez l'influence des efforts de toux, constatés chez deux de mes fillettes ; celle de la vulvite avec urétrite légère, œdème de la muqueuse et dysurie, cause probable de la lésion dans ma troisième observation.

Le pronostic du prolapsus de la muqueuse urétrale est bénin. Quelquefois, la muqueuse s'épidermise, quelquefois même la

tumeur se réduit d'elle-même. Mais d'ordinaire la lésion persiste, s'aggrave peu à peu par le suintement sanglant et purulent et est une source d'ennuis ; c'est une cause de gêne, quelquefois de douleur ; parfois enfin on a noté le sphacèle de la tumeur. Donc, il faut agir.

Lorsqu'il n'existe pas de tumeur à proprement parler, mais seulement un léger degré d'ectropion circulaire de la muqueuse, la cautérisation avec une solution de nitrate d'argent à 1/50 me paraît être le traitement de choix, et elle m'a donné un rapide succès.

Mais dans les deux cas où il y avait une tumeur, elle n'a servi qu'à en réduire un peu le volume : après les premiers attouchements, l'amélioration fut notable, mais l'état resta ensuite stationnaire. L'efficacité ne sera réelle que dans les cas, relativement rares, où la tumeur est réductible, et nous revenons alors à la variété précédente.

Lorsqu'il y a tumeur irréductible et quelque peu volumineuse, le traitement de choix est l'excision. La ligature autour d'une sonde à demeure doit être définitivement proscrite, malgré l'opinion de quelques chirurgiens modernes. L'instrument tranchant ne provoque pas une hémorragie telle qu'il faille préconiser l'ablation au fer rouge, thermo-cautère ou galvano-cautère. Le seul procédé que je croie recommandable est l'excision au bistouri, avec suture exacte ; c'est également l'avis de Kleinwächter, auquel nous devons un intéressant mémoire sur le sujet.

Lorsqu'on opère un prolapsus circulaire total, il faut éviter de tirer sur la muqueuse prolabée, ce qui conduirait à en trop réséquer et ce qui peut, comme dans deux cas d'Emmet, produire un thrombus. Il faut aussi fixer avec soin la lèvre intérieure du bourrelet de la muqueuse qui, après section, tend à se rétracter dans l'urètre, et dès lors ne peut plus être bien affrontée à la lèvre extérieure, d'où danger de sténose consécutive. Ces deux petits écueils me paraissent faciles à éviter, et voici comment j'ai procédé dans mes deux cas de prolapsus circulaire et total.

Après avoir assuré de mon mieux, pendant quelques jours, l'antisepsie vulvo-vaginale, j'ai vérifié avec une sonde le siège de

l'urètre, puis, sur la ligne médiane supérieure, j'ai fendu la tumeur dans toute son étendue, et, avant d'aller plus loin, j'ai placé une fine soie à l'angle de l'incision; j'en ai fait autant en arrière et j'ai ensuite abattu d'un coup de bistouri les deux moitiés de la masse morbide. Il m'a été alors très facile de suturer à la soie les lèvres de la muqueuse. J'ai jugé inutile de laisser une sonde à demeure et la guérison a été obtenue sans incident.

TRENTE-CINQUIÈME LEÇON

**RÉTENTION MENSTRUELLE
PAR CLOISONNEMENT DU VAGIN**

- I. — Hématocolpos surmonté par l'utérus non distendu, formant dans le ventre une petite tumeur dure. Oblitération du vagin par une cloison qui s'est rompue spontanément.
- II. — Cas plus grave où le trajet cicatrisé s'est rétracté à plusieurs reprises, en sorte qu'il a fallu recourir à la castration. Difficulté d'entretenir les vagins artificiels.
- III. — Considérations sur l'ascension de l'utérus au-dessus de l'hématocolpos.

L'oblitération du vagin peut devenir l'origine d'accidents sérieux au moment où débute la menstruation, et la gravité est toute différente selon que le passage est seulement barré par une mince cloison ou qu'entre l'utérus et l'extérieur le vagin est remplacé par une épaisseur plus ou moins grande de tissu.

La jeune fille aujourd'hui dans nos salles est un exemple de la variété bénigne, tandis qu'il y a quatre ans s'est présenté à nous un cas bien plus sérieux, où j'ai dû aboutir à la castration ovarienne.

Ces deux faits me paraissent comporter quelques enseignements.

I

Le 6 juin 1899, on nous a présenté à la consultation une fille de quatorze ans qui, toujours bien portante jusque-là, s'était trouvée,