

aussitôt qu'on cesse la pression. Il y a toujours un certain degré de sensibilité ; l'introduction du cathéter permet de reconnaître la poche dont nous avons parlé.

§ II. — Diagnostic.

Le diagnostic s'établit par un examen attentif fait avec l'œil et avec le doigt.

§ III. — Traitement.

Le traitement consiste dans la ponction ou la scarification des vaisseaux, ou bien une application de sangsues à la suite des lotions froides. Toutes les applications chaudes paraissent faire plus de mal que de bien. Au bout de quelques jours, on peut faire usage de lotions astringentes au sulfate de zinc, alun, acétate de plomb, matico, écorce de chêne, etc.

Quand les ponctions sont guéries et que l'irritation est tombée, on peut comprimer les vaisseaux variqueux en introduisant soit une bougie de cire, soit un tampon de linge, que l'on fait peu à peu pénétrer dans le vagin. La scarification peut être renouvelée, si les vaisseaux se dilatent de nouveau.

Le régime alimentaire doit être modéré ; il faut entretenir la liberté du ventre.

La malade restera constamment au lit ou étendue sur un sofa.

CHAPITRE V

TUMEURS ENKYSTÉES DU VAGIN, POLYPES DU VAGIN.

ARTICLE PREMIER

TUMEURS ENKYSTÉES DU VAGIN

Les kystes du vagin sont rares.

M. Alphonse Guérin (1) admet deux variétés de kystes du vagin : les uns, *superficiels* et peu volumineux, les autres *profonds* et susceptibles d'un accroissement considérable. — Ces deux variétés correspondent aux deux espèces de glandes qu'on rencontre dans la muqueuse vaginale. — Les premiers se développent dans les glandes munies d'un canal excréteur, et qui se rencontrent à la surface libre de la membrane muqueuse, les seconds dans les glandes closes placées en dehors du derme muqueux entre lui et le tissu érectile sous-jacent.

Les kystes superficiels se rencontrent dans la moitié antérieure du vagin et surtout en avant, où les glandes munies d'un canal excréteur

(1) Alph. Guérin, *Maladies des organes génitaux externes de la femme*, 1863, p. 429.

sont surtout abondantes. Dans la moitié supérieure on rencontrera les kystes profonds, là où les glandes closes se rencontrent presque exclusivement.

Comme exemple de kyste du vagin nous rapporterons l'observation suivante recueillie dans le service, d'Huguier.

OBSERVATION I^{re}. — Le kyste était situé dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale à droite du canal de l'urèthre ; au premier aspect on pouvait croire à une cystocèle ; c'est même ce qui est arrivé. La malade, âgée de dix-sept ans, était venue accoucher à la Maternité. Pendant le travail, la tumeur poussée en bas et en avant fut prise par la sage-femme et l'interne pour une hernie vésico-vaginale. La présence de cette tumeur n'eut aucune influence sur la marche de l'accouchement, qui fut naturel. Après ses couches, cette femme, qui était

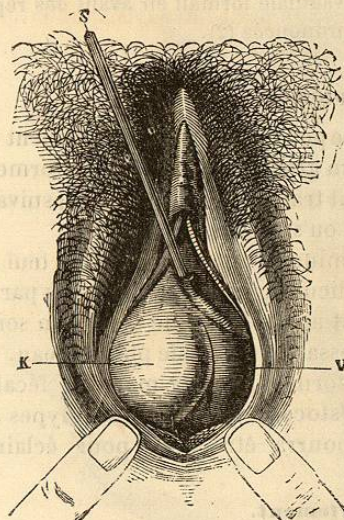


Fig. 74. — Kyste muqueux folliculaire des parois du vagin.

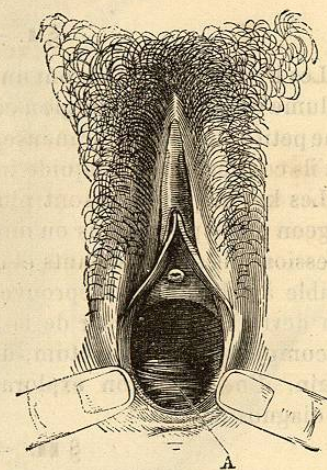


Fig. 75. — Kyste muqueux folliculaire des parois du vagin.

affectée de végétations nombreuses que l'on considérait de nature syphilitique, fut dirigée sur l'hôpital de Lourcine. Huguier ayant constaté la nature de la tumeur en fit prendre le dessin que nous reproduisons en y ajoutant une sonde de femme S afin de montrer la déviation de la vessie à gauche V, et la direction du canal de l'urèthre qui est accolé au fond du kyste K (fig. 74).

Après s'être bien assuré de l'isolement complet de la tumeur, Huguier fit à la partie inférieure une petite incision, saisit avec des pinces à disséquer une des lèvres de la plaie et enleva à l'aide de forts ciseaux courbes toute la portion de la poche qui faisait saillie dans le vagin. — Cette ouverture circulaire, qui avait l'étendue d'une pièce de un franc, permit de cautériser immédiatement toute la surface interne avec un pinceau imbibé de nitrate acide de mercure.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; l'inflammation causée par

la cautérisation était calmée le quatrième jour, et la cavité et les parois du kyste revinrent peu à peu sur elles-mêmes. — Le kyste s'était développé au début de la grossesse. Sa position à l'entrée du vagin avait permis à la femme d'en suivre le développement, qui fut peu rapide. Sa présence donnait lieu seulement à un peu de gêne pendant la miction sans déterminer de leucorrhée (1).

La figure 73 présente un autre exemple de kyste muqueux folliculaire situé dans la cloison recto-vaginale.

OBSERVATION II. — La malade chez laquelle ce kyste existait présentait une autre tumeur de même nature vers la partie moyenne du vagin et un peu à droite.

La figure représente le kyste tel qu'on le voyait lorsqu'il était soulevé et tendu à l'aide d'une érigne; abandonné, il reprenait sa position, et on ne voyait plus rien, seulement la muqueuse vaginale formait en avant des replis nombreux et simulait une rectocèle peu prononcée (2).

§ I. — Symptômes.

Les kystes superficiels ont un volume peu considérable; ils varient du volume d'une tête d'épingle à celui d'un gros grain de raisin, ils forment une petite poche membraneuse, ils sont transparents ou rouges, suivant qu'ils contiennent un liquide incolore ou sanguin.

Les kystes profonds sont plus volumineux, du volume d'un œuf de pigeon ou de poule, plus ou moins pédiculés, ne se réduisent pas par la pression; ils sont résistants et donnent au toucher une sensation semblable à celle que l'on éprouve en pressant une vessie pleine d'eau. — On devra les distinguer de la saillie formée par des matières fécales accumulées dans le rectum, de la cystocèle vésicale, des polypes du vagin. Une ponction exploratrice pourra être faite pour éclairer le diagnostic.

§ II. — Traitement.

L'incision du sac et sa cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent suffisent pour amener la guérison des kystes superficiels. — Quant aux kystes profonds, M. Guérin fait l'incision de la membrane muqueuse, puis l'excision de la plus grande partie du kyste; il place ensuite entre les lèvres de l'incision un tampon de charpie, muni d'un fil qu'il laisse en place pendant deux ou trois jours jusqu'à ce que la suppuration soit établie, puis il fait des injections destinées à laver la plaie.

ARTICLE II

POLYPES DU VAGIN

Nous n'avons vu qu'un ou deux exemples de cette affection, et l'on en

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1848, t. XXXV, p. 22.

(2) *Ibid.*, 1841, t. XXXV, p. 24.

trouve très-peu dans les auteurs. L'observation suivante a été fournie par M. M'Clintock.

OBSERVATION I^{re}. — Une femme non mariée, âgée de trente ans, d'une bonne santé, fut admise à l'hôpital des femmes en couches au mois de juillet 1843. Dix mois auparavant, elle s'était aperçue d'une petite tumeur du vagin qui, depuis lors, s'était développée lentement, mais sans interruption. Jusqu'au mois de mai, c'est-à-dire deux mois avant son entrée, cette tumeur n'avait pas dépassé la vulve; mais, dans les derniers temps, elle était devenue extérieure toutes les fois que la femme était debout. A l'examen, on voyait un corps saillant, volumineux, semblable, comme dimension et comme appa-

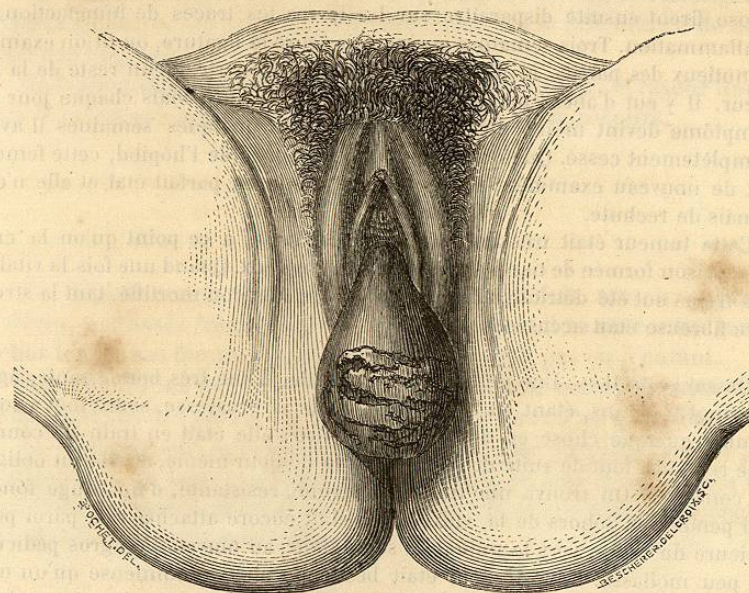


Fig. 76. — Polypes du vagin (M'CLINTOCK).

rence, à la matrice. Cette tumeur s'étendait de la partie la plus reculée de la paroi antérieure du vagin jusqu'à quelques lignes du méat urinaire; elle était complètement indépendante de la vessie et de l'urèthre, elle présentait une structure très résistante et n'était susceptible que de très peu de déplacement; elle mesurait 6 centimètres en longueur et 12 en circonférence; du sommet à la base, l'épaisseur était à peu près la même. Entre la tumeur et le col utérin, la portion restante du vagin était saine: la membrane d'enveloppe de cette tumeur ressemblait en tout au vagin, excepté toutefois à l'extrémité, où l'on apercevait de petites ulcérations superficielles. Du reste, la malade n'avait jamais éprouvé que de la gêne de cette tumeur, mais en réalité aucune douleur. Elle était réglée à époques très régulières, et les fonctions de la vessie étaient normales.

Dès qu'on se fut bien assuré que la vessie n'était pour rien dans cette tu-

meur, il fut décidé qu'on l'enlèverait par la ligature. Johnson, chirurgien en chef de l'hôpital, et M'Clintock étranglèrent fortement cette tumeur à sa base avec un fil de soie, que l'on noua fortement au moyen de la canule de Levret. On eut soin seulement de bien dégager l'urèthre. Le troisième jour, on vit se produire un écoulement fétide, et l'on reconnut que la ligature avait creusé une rainure profonde tout autour de la tumeur. On resserra tous les jours le nœud. Le sixième jour, toute la tumeur était ulcérée : elle s'était fendue à droite transversalement, et une grande quantité de sang s'était écoulée pendant la nuit. Le pouls était rapide ; la malade était faible et abattue. Le onzième jour, la canule et la ligature furent retirées, et l'on enleva autant que possible de la tumeur. Chaque jour on enleva une nouvelle partie, jusqu'à ce qu'il ne restât plus rien. L'usage des bains chauds, des soins de propreté minutieuse firent ensuite disparaître sur les lèvres les traces de tuméfaction et l'inflammation. Trois semaines après avoir retiré la ligature, on fit un examen minutieux des parties, et il fut impossible de découvrir aucun reste de la tumeur. Il y eut d'abord un peu d'incontinence d'urine ; mais chaque jour ce symptôme devint moins gênant, et au bout de quelques semaines il avait complètement cessé. Quelques mois après sa sortie de l'hôpital, cette femme fut de nouveau examinée ; elle continuait à être en parfait état et elle n'eut jamais de rechute.

Cette tumeur était très ferme et très résistante, à ce point qu'on la crut avec raison formée de tissus fibreux ou sarcomateux. Quand une fois la vitalité des tissus eut été détruite, elle ressemblait à un tendon mortifié, tant la structure fibreuse était accusée.

OBSERVATION II. — Une jeune femme, grande, d'une très bonne santé, âgée de vingt-trois ans, étant au septième mois de sa grossesse, sentit tout à coup tomber quelque chose en dehors de la vulve ; elle était en train de courir. Elle ressentit tout de suite de la gêne, de la douleur même, et elle fut obligée de consulter. On trouva une tumeur charnue, résistante, d'un rouge foncé, qui pendait en dehors de la vulve, mais était encore attachée à la paroi postérieure du vagin, vers le milieu de sa hauteur, au moyen d'un gros pédicule un peu mollassé. Cette tumeur était beaucoup plus volumineuse qu'un œuf de poule, ne saignait pas et n'était pas douloureuse au toucher. La malade affirma qu'elle avait jusqu'alors ignoré complètement l'existence de ce corps charnu. On le fit rentrer sans peine dans le vagin, et l'on vit qu'il se logeait facilement dans la poche ou dépression qui existe normalement sur ce point du vagin, mais qui était beaucoup plus large qu'à l'état normal. Cette réduction soulagea beaucoup la malade ; mais un nouveau prolapsus se produisit. On jugea qu'il fallait extirper ce polype aussi promptement que possible, vu l'état de grossesse avancé, et la malade fut admise dans une des salles de l'hôpital. Skeleton appliqua sur le pédicule une forte ligature.

Le quatrième jour, un écoulement fétide se produisit, et comme il ne restait intact qu'une très petite portion du pédicule, on le coupa avec des ciseaux, et la tumeur fut enlevée. La malade quitta l'hôpital quelques jours après : elle était complètement guérie. Au terme de sa grossesse, elle revint pour accoucher : tout se passa bien, et elle se rétablit très vite.

Dans ce cas, il s'agit d'un vrai polype. De même que, dans le cas précédent,

il n'y avait eu aucun symptôme fâcheux, mais simplement une gêne locale qui tenait au volume et au déplacement de ce polype.

Ordinairement, la tumeur est pédiculée. Le point d'insertion de ce pédicule est variable ; tantôt il a lieu sur la paroi postérieure du vagin, tantôt sur la paroi antérieure, quelquefois le pédicule manque et l'insertion se fait par une base large de 2 ou 3 centimètres.

Ces polypes ne se révèlent qu'après un temps quelquefois très long par une sensation de pesanteur au périnée ou par les envies fréquentes d'uriner ou d'aller à la garde-robe quand ils compriment la vessie ou le rectum.

On devra distinguer ces polypes du prolapsus utérin, de l'allongement hypertrophique du col, des polypes utérins, de la procidence de la muqueuse vaginale.

Le traitement consiste à enlever le polype, et c'est à l'écraseur linéaire ou à l'anse galvano-caustique que l'on devra avoir recours.

CHAPITRE VI

PROLAPSUS DU VAGIN.

Ce déplacement, que l'on confond quelquefois avec le prolapsus utérin, est assez fréquent ; il est rare, si même il se rencontre jamais, chez les jeunes femmes et chez celles qui n'ont pas eu d'enfant.

Les conditions qui favorisent la production de cette infirmité sont le relâchement des parois et un prolapsus antérieur d'un autre organe (1).

Ce déplacement se présente sous trois formes : prolapsus de la paroi antérieure, de la paroi postérieure, et enfin de tout le vagin. Les deux premières formes coïncident toujours avec la chute d'un autre organe ; la dernière se présente isolément.

ARTICLE PREMIER

PROLAPSUS DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU VAGIN ET DE LA VESSIE, OU, COMME L'ON DIT GÉNÉRALEMENT, PROLAPSUS VÉSICAL, CYSTOCÈLE VAGINALE (2).

§ I. — Causes.

Le mécanisme par lequel cette descente se produit est facile à comprendre. Le vagin, ou, suivant l'opinion de Sieboldt, la membrane interne seule se relâche pour une cause quelconque, telle que les

(1) Boudet, *Traitement de la chute du vagin et de la matrice*, Paris, 1828. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, XXVI^e livraison in-folio, planche IV. — Chomel, *Gazette des hôpitaux*, 1848, n^{os} 11-35.

(2) Boudet, *Mémoire sur la cystocèle vaginale*, 1835. — Malgaigne, *Journal de chirurgie*, novembre 1843. — Forget, *Cystocèle vaginale (Bulletin thérapeutique, janvier 1844)*.