

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^o 11-35.

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

grossesses répétées, etc., et l'urine, venant à s'accumuler, distend la vessie, la pousse de haut en bas et la fait saillir dans le vagin, qui cède lui-même. Chaque fois que cette accumulation se produit, la vessie se distend à un haut degré, jusqu'à ce qu'il en résulte une chute complète et une saillie à travers les parties extérieures.

§ II. — Symptômes.

La malade accuse une sensation de pesanteur, de tension dans le vagin, un vide dans la partie inférieure de l'abdomen, un malaise et quelquefois de la difficulté dans la marche. Par suite de sa distension,

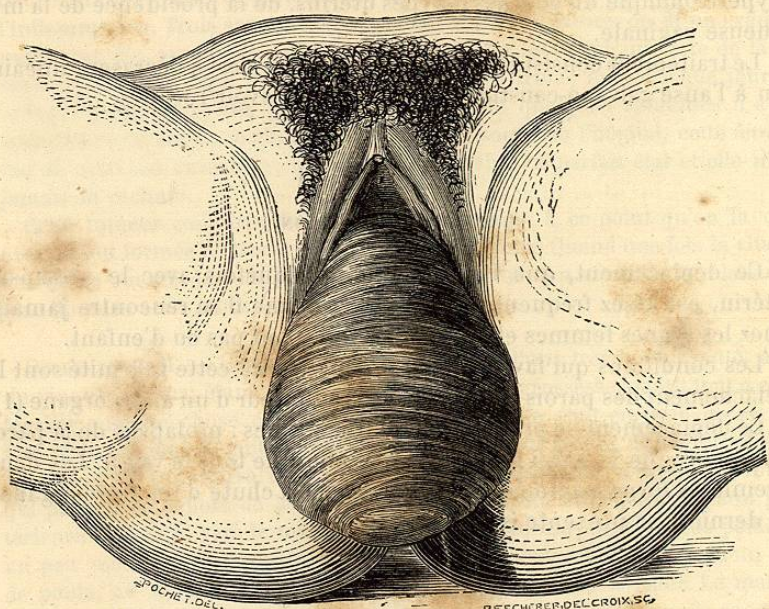


Fig. 78. — Prolapsus du vagin. (BOUVIN et DUCÈS, Atlas.)

la vessie a perdu en partie sa puissance de contractilité, et il en résulte de la dysurie. Quelques malades nous ont raconté qu'elles ne pouvaient obtenir une évacuation complète qu'en relevant la vessie et en la maintenant dans sa position normale. Golding Bird (1) a signalé une conséquence très désagréable de ce déplacement. Comme la vessie ne se vide pas ordinairement, la quantité d'urine qui reste dans cette poche se décompose, devient fétide, et renferme plus tard des mucosités filantes. Il y a une irritabilité très grande de la vessie, un besoin continuel et douloureux d'uriner.

(1) G. Bird, *Medical Times and Gazette*, janvier 1853.

En examinant les parties, on voit une tumeur arrondie, molle, élastique, fluctuante, d'une coloration rouge ou violacée, changeant de volume par moment. Pour introduire une sonde, il faut la diriger de haut en bas. On fait pénétrer le doigt dans le vagin au-dessous de la tumeur : immédiatement au-dessous de l'arcade du pubis, la membrane muqueuse se termine en un cul-de-sac et se réfléchit de cette arcade sur la tumeur. En arrière et au-dessus de cette saillie anormale, on peut arriver jusque sur le col utérin, qui est resté dans une position à peu près normale. La surface de la tumeur est lisse, humide et brillante ; mais, quand la vessie est vidée, cette même surface est sillonnée par des plis transversaux. Il y a toujours une augmentation notable dans les pertes blanches.

§ III. — Diagnostic.

1° Avec le prolapsus utérin. — La tumeur est molle, globuleuse, donnant au doigt une sensation de fluctuation ; enfin le doigt peut passer au fond du vagin et découvrir le col à sa place ordinaire. Dans le prolapsus utérin, au contraire, la tumeur est ferme, résistante, piriforme, et l'ouverture du col de l'utérus se trouve à la partie inférieure de la tumeur.

2° Avec le prolapsus de la paroi postérieure. — La tumeur est plus molle, plus fluctuante, et le doigt passe dans le vagin en arrière de cette tumeur ; au contraire, dans le prolapsus de la paroi postérieure, le doigt ne peut être introduit qu'en avant de la tumeur.

3° Avec le renversement de l'utérus. — La tumeur diminue au moment du cathétérisme ; elle est molle, polie, fluctuante ; au contraire, dans le renversement de la matrice, la tumeur est rude, résistante, et le doigt ne peut s'introduire dans le vagin ; il est arrêté par la réflexion de la membrane muqueuse.

§ IV. — Traitement.

Le premier point est d'empêcher toute accumulation d'urine dans la vessie, soit en favorisant les évacuations naturelles, soit en introduisant une sonde ; cela seul diminuera d'abord le prolapsus et corrigera en partie le relâchement des fibres. Des applications froides sur les parties extérieures, de l'eau froide additionnée d'un mélange astringent sur le bas-ventre, seront des moyens très utiles, auxquels il faudra ajouter deux ou trois fois par jour des injections également froides et astringentes. Quand l'affection est récente, ce traitement seul et du repos suffiront quelquefois ; mais quand elle dure depuis longtemps, quand le prolapsus est complet, il faut en arriver à des supports mécaniques. On peut alors placer dans le vagin soit une bougie suffisamment épaisse, soit un tampon d'ouate, que l'on maintient en place par

un bandage en T ; on peut encore distendre le vagin intérieurement, de manière à empêcher la saillie des organes environnants, et l'on atteint ce but soit avec un morceau d'éponge préparée, soit avec un pessaire de gomme élastique, de forme et de dimension appropriées. Les pessaires dont on se sert généralement dans les chutes de la matrice ne sont d'aucun usage dans le cas de prolapsus vaginal. Leurs formes et leurs dimensions, qui sont appropriées à l'utérus, les rendent tout à fait inefficaces contre la seconde affection. Rognetta (de Milan) a décrit un pessaire qui lui a semblé remplir toutes les conditions. C'est un cylindre volumineux, de gomme élastique, d'une longueur suffisante pour maintenir tout le vagin distendu et pour faire une légère saillie en dehors de la vulve. Comme diamètre, il est assez large pour empêcher les parois vaginales de s'échapper sur les côtés.

Jules Cloquet (1) fait usage d'un pessaire semblable ; ce pessaire est en caoutchouc. Sur une de ses faces, celle qui correspond à la paroi antérieure du vagin, il présente une saillie plus considérable qu'en arrière.

Si l'on trouvait quelque objection à faire à l'usage des éponges ou des pessaires, à cause de l'irritation qu'ils produisent quelquefois, ou bien si, après en avoir fait l'essai, on venait à échouer, on peut tenter la cure radicale de la maladie. Comme la plupart des femmes chez lesquelles ces maladies se présentent sont déjà d'un certain âge, il est à peu près superflu de supposer la possibilité d'une grossesse. Cependant si la femme était encore jeune, l'opération devra être mise de côté. Le passage d'un enfant pourrait amener la rupture de la cicatrice, et par suite une rechute très grave.

L'opération consiste à enlever un lambeau triangulaire de la membrane muqueuse (en prenant pour base de ce triangle l'orifice du vagin) et à rapprocher les bords de la plaie au moyen de sutures. C'est la même opération que pour la cure radicale du prolapsus utérin. Par suite de ce procédé, le calibre du vagin se trouve diminué, et quand la cicatrisation est complète, la membrane muqueuse rétrécie fait un support à la vessie et la maintient en place. Un repos absolu et des injections vaginales froides, répétées deux ou trois fois par jour, seront prescrits pour empêcher le développement d'une inflammation. On pratiquera le cathétérisme aussi souvent qu'il peut être nécessaire pour vider la vessie. Il sera à propos de maintenir les intestins dans un état d'inaction, jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète : le moindre effort pourrait amener la déchirure de la cicatrice ; et quand, plus tard, il faudra faire aller à la garde-robe, on administrera un lavement.

Jobert, de Lamballe (2), a proposé un autre procédé :

« Je dessine, dit cet auteur, sur la tumeur, au moyen du nitrate d'ar-

(1) J. Cloquet, *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes, t. XVI, p. 357. — Jégo, thèse inaugurale. Paris, 1827, n. 1.

(2) Jobert, *Traité de chirurgie plastique*. Paris, 1849, t. II, p. 243.

gent, deux lignes transversales, et, les attaquant à différentes reprises et à plusieurs jours d'intervalle avec le même caustique, j'arrive à détruire graduellement, et sans aucun accident inflammatoire, toute l'épaisseur correspondante de la paroi du vagin. Ceci fait, je ravive sans crainte avec le bistouri les bords de la surface cutanée attaquée d'abord par le caustique, et je laisse le fond intact ; je puis alors facilement mettre en rapport les deux plaies saignantes, et les maintenir en contact au moyen de la suture entortillée. Pour réunir ces deux points opposés, il faut refouler en haut toute la portion intermédiaire aux deux lignes, et repousser la vessie dans la place qu'elle occupe habituellement. La paroi devient ainsi plus résistante et la tumeur diminue d'étendue.

« J'emploie, pour la réunion, des aiguilles dont les extrémités ont la forme de lance, et qui sont contenues dans des gaines. Celles-ci maintiennent seules les fils, les aiguilles devant être enlevées une fois la suture pratiquée. La longueur et le nombre des aiguilles sont en rapport avec la longueur de la tumeur. J'enfonce les premières aiguilles vers les extrémités des lignes, puis les autres traversent le milieu de la perte de substance, je traverse d'avant en arrière la lèvre antérieure. Les fils jetés sur les extrémités des gaines des aiguilles rapprochent les lèvres de la plaie, qui se trouvent ainsi mises facilement en contact. Les lances sont retirées des gaines, qui demeurent seules en place. L'écoulement de sang est arrêté tout de suite par la suture.

« J'introduis dans la vessie une sonde de gomme élastique pour éviter les contractions de cet organe. On supprime la sonde du quinzième au vingtième jour.

« Lorsque la guérison est complète, il y a une diminution dans la longueur de la paroi sur laquelle on a agi, et l'utérus est nécessairement un peu attiré en bas. Cette paroi est, du reste, renforcée dans le point où la plicature existe, et l'on retrouve une cicatrice linéaire plus ou moins épaisse. Quelquefois l'agglutination ne se fait que dans un point de la longueur et alors le résultat est incomplet, et l'on aperçoit un hiatus où la tumeur paraît. »

Trois fois Jobert a appliqué ce procédé avec succès.

Baker-Brown (1) enlève un lambeau longitudinal de la membrane muqueuse, rapproche les deux bords de la plaie par des sutures, répète la même opération sur la partie postérieure de l'orifice vaginal, et réunit les bords de la vulve sur ce point, comme dans les cas de déchirure du périnée. Il a plusieurs fois réussi complètement, et l'on peut dire que ce procédé s'adapte très bien à certains cas.

(1) Baker-Brown, *Surgical Diseases of women*, p. 74