

contention, on choisira un bandage semblable à celui dont s'est servi Scarpa. C'est un ressort circulaire terminé par une courroie qui sert à fixer la ceinture sur le pubis. De la partie postérieure du ressort principal se détache un autre ressort qui se termine par une pelote rendue élastique par la présence dans son intérieur d'une spirale métallique. Cette pelote est destinée à comprimer la hernie de bas en haut; elle est reliée à la partie antérieure de la ceinture par un sous-cuisse composé en partie de fils métalliques roulés en spirale. Chez la femme, on pourrait contenir la hernie au moyen d'une éponge fine et volumineuse introduite dans le vagin.

L'étranglement de la hernie périnéale est rare. Pour exécuter l'opération, on commence par mettre le sac à découvert, en pratiquant une incision d'étendue convenable au périnée, en se rappelant que le sac adhère parfois intimement à la peau. Le débridement s'exécute *en arrière et en dehors* pour éviter la lésion des organes importants du bassin. Des mouchetures multiples sont préférables à une incision unique.

Hernie vagino-labiale. C'est une variété de la hernie périnéale. On l'appelle aussi *hernie de la grande lèvre, vulvo-labiale*. Elle diffère de la hernie périnéale en ce que, dans cette dernière, les viscères sortent du bassin en *arrière* du ligament large, tandis que, dans la hernie vagino-labiale, ces mêmes viscères glissent en *avant* du ligament large, en passant à travers un écartement de la partie antérieure du muscle releveur de l'anus. La tumeur occupe les côtés du vagin et se loge à la partie inférieure de la grande lèvre. Elle diffère de la hernie inguinale descendue dans la grande lèvre (p. 689), en ce qu'elle ne se prolonge pas dans le canal inguinal, qu'elle n'occupe que la partie *inférieure* de la grande lèvre; que par le toucher vaginal on constate la présence de la tumeur le long de la partie latérale du vagin.

La contention de la tumeur, préalablement réduite, se fait avec des compresses soutenues par un bandage en T. En cas d'étranglement, s'il fallait débrider, on porterait le bistouri en dedans, du côté du vagin (A. Cooper), en prenant au préalable la précaution de vider la vessie.

ARTICLE X.

Hernies vaginales.

Les hernies vaginales sont des tumeurs formées par la saillie dans l'intérieur du vagin de l'un des viscères qui sont en rapport avec ce canal. Il faut donc bien distinguer les hernies vaginales des hernies du vagin, autre affection dans laquelle c'est le vagin lui-même qui est déplacé.

Les viscères qui forment les hernies vaginales sont l'intestin grêle ou l'épiploon, la vessie et le rectum. Nous avons donc à étudier un *entéroccèle* vaginal, un *cystocèle* vaginal et un *rectocèle* vaginal. Il ne sera question ici que du premier, les deux autres devant être étudiés avec les maladies de la vessie et du rectum (voy. les sections suivantes).

DE L'ENTÉROCÈLE VAGINAL.

C'est à Garangeot que nous devons la connaissance de cette maladie, dont Verdier, Hoin, Sandifort et Richter ont rapporté des exemples.

Anatomie pathologique. Il y a ici à considérer, comme dans toute espèce de hernie, le contenu et les enveloppes de la tumeur. C'est presque toujours une anse d'intestin grêle, qui est comprise dans la hernie, parfois une anse d'intestin et l'épiploon en même temps, rarement l'épiploon seul, comme dans un cas de Petrunti; ou bien l'S iliaque du côlon, comme dans l'observation de Levret. La portion de viscère hernié descend tantôt derrière le ligament large, entre le vagin et le rectum; tantôt au-devant de ce repli, entre le vagin et la vessie; il est bien entendu qu'en raison des rapports des deux parois antérieure et postérieure du vagin avec la vessie et le rectum, la hernie se fera presque toujours par les parois latérales du vagin. Les enveloppes de la tumeur sont: un sac formé aux dépens du péritoine, et la paroi vaginale refoulée par la hernie, soit que ce refoulement porte à la fois sur toutes les tuniques ou sur la muqueuse seulement, la tunique externe étant éraillée.

Causes. C'est presque toujours chez les femmes qui ont eu plusieurs accouchements qu'on observe ce genre de hernie; celle-ci se développe d'une manière lente ou brusque.

Symptômes et diagnostic. L'entéroccèle vaginal est caractérisé par l'existence dans le vagin d'une tumeur souple, molle, s'affaissant et disparaissant facilement, soit par la simple position horizontale, soit par une compression légère. Le plus souvent elle fait entendre au moment de la réduction ce bruit de gargouillement qui caractérise la présence d'une portion d'intestin dans une hernie. Comme dans toutes les tumeurs de ce genre, elle est accompagnée de douleurs, de coliques, de tiraillements d'estomac. Lorsque la hernie acquiert un volume considérable, elle apparaît quelquefois hors de la vulve.

On ne confondra pas l'entéroccèle vaginal avec le *renversement* du vagin, car dans cette dernière affection, il n'y a pas de troubles fonctionnels du côté du tube digestif, ni la possibilité d'une réduction complète de la tumeur, qui fait corps avec le vagin. Les *tumeurs solides* et les *kystes muqueux* du vagin ne sont nullement réductibles; ils peuvent seulement être refoulés. Le cystocèle vaginal a des caractères propres que nous exposerons dans une des sections suivantes (voy. *Maladies de la vessie*).

Pronostic et traitement. L'étranglement est rare dans l'entéroccèle vaginal. Cet accident pourrait cependant avoir lieu pendant le travail de l'accouchement, et la tumeur elle-même devenir un obstacle à l'expulsion du fœtus. Il faut donc réduire la hernie, ce qui est en général facile, soit par la pression simple exercée sur la tumeur, soit en faisant au préalable placer la malade dans une position horizontale. La contention s'opère au moyen d'un pessaire cylindrique que l'on immobilise avec un ressort fixé à une ceinture hypogastrique. Si la hernie s'étranglait, on débriderait l'ouver-

ture par laquelle les viscères se sont engagés, en mettant la tumeur à découvert par une incision faite sur la paroi correspondante du vagin. Si c'est une femme en travail qui présente un entérocele vaginal, on maintiendra la tumeur réduite jusqu'à ce que la tête du fœtus se soit suffisamment engagée pour suppléer les doigts.

SECTION XXXVII.

MALADIES DE L'ANUS ET DU RECTUM.

CHAPITRE I.

ANOMALIES ET DIFFORMITÉS DE L'ANUS ET DU RECTUM.

Quelques-uns de ces vices de conformation ne constituent qu'une infirmité pénible; d'autres menacent plus ou moins prochainement l'existence si l'art n'intervient pas. Il en est qui sont tout à fait incompatibles avec la vie, si le chirurgien ne procède pas immédiatement à une opération propre à rétablir le cours des matières intestinales.

Variétés. Papendorf a proposé une classification adoptée par Boyer, et reproduite plus récemment, avec quelques modifications, par le professeur Bouisson: 1° des rétrécissements congénitaux de l'anus et du rectum; 2° des imperforations simples; 3° des imperforations avec canal accidentel de déviation ouvert à l'extérieur; 4° des imperforations avec embouchures anormales; 5° l'absence partielle du rectum; 6° l'absence totale de l'intestin; 7° des vices de conformation associés à des anomalies complexes.

Anatomie pathologique. Il convient d'examiner la disposition des parties dans chacune des sept classes qui viennent d'être énumérées.

1° RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX DE L'ANUS ET DU RECTUM. Ces rétrécissements se présentent tantôt sous la forme annulaire ou cylindrique, tantôt sous la forme valvulaire.

A. Rétrécissements annulaires ou cylindriques. Ils consistent dans une simple réduction des diamètres de l'ouverture anale ou de la cavité du rectum (fig. 250, 1, 2). L'étendue en hauteur du rétrécissement est variable; le plus souvent la coarctation ne dépasse pas l'anus (Roonhuysen, Scultet); c'est ce que l'on a cherché à représenter sur la figure 250, en 2. Cette figure n'est qu'un dessin schématique; il ne faut donc pas s'attendre à retrouver une exactitude parfaite dans les rapports des organes de la cavité pelvienne. L'essentiel est que le lecteur prenne une idée de la lésion dont il s'agit. La réflexion précédente s'applique également aux autres

figures qu'on trouvera plus loin dans ce chapitre et quelques-uns des suivants: P est la symphyse pubienne, S le sacrum, Vs la vessie, U l'utérus, Vg le vagin, R le rectum. On voit en 1 (le chiffre a été placé un peu trop haut) un rétrécissement annulaire ou cylindrique de la portion moyenne du rectum; en 2 un rétrécissement annulaire de l'anus; en 3 un rétrécissement valvulaire de la partie inférieure du rectum. Nous avons dit tout à l'heure que le plus souvent la coarctation ne dépasse pas l'anus; dans d'autres cas elle occupe une partie du rectum (1); elle peut s'étendre à toute la hauteur du rectum.

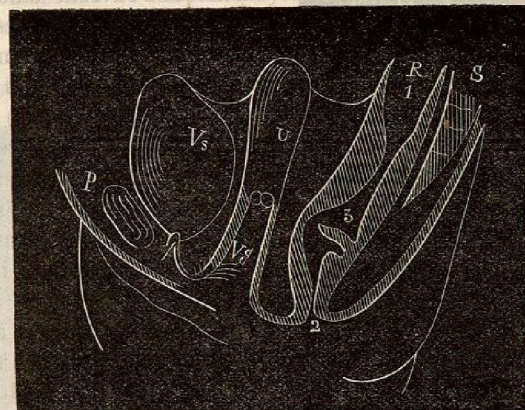


Fig. 250.

B. Rétrécissements valvulaires du rectum. Ils consistent en des plicatures saillantes dans la cavité rectale. Ces plis ont un développement variable, depuis un simple relief de la muqueuse jusqu'à l'étendue d'un diaphragme produisant un cloisonnement plus ou moins complet (fig. 250, 3). Les valvules ont tantôt une origine particulière; tantôt elles sont une hypertrophie de ces replis de la muqueuse qui occupent la partie supérieure de l'intestin et qui ont été désignés sous le nom de *valvules de Houston*, en raison de l'anatomiste qui les a le premier indiquées.

2° IMPERFORATIONS SIMPLES DE L'ANUS. Elles consistent dans une occlusion de l'intestin, au niveau de l'ouverture terminale du rectum, c'est-à-dire l'anus. Cette ouverture peut être obturée par la peau ou par une membrane de nature muqueuse; dans le dernier cas, le diaphragme est plus haut. Bouisson admet la possibilité d'une obturation de l'anus par le rapprochement des fibres les plus internes du sphincter anal.

3° IMPERFORATIONS DE L'ANUS AVEC CANAL ACCIDENTEL OUVERT A LA SURFACE CUTANÉE. On a observé l'ouverture accidentelle aux environs de l'anus obturé (A, fig. 252); il y avait alors une véritable fistule anale congénitale (1, 2, fig. 252). Cruveilhier a rencontré l'anus anormal ouvert sous la verge (2, fig. 251). Fristo l'a vu à la face dorsale de la verge; d'autres l'ont mentionné près de l'orifice extérieur du vagin, au niveau de la fourchette, ou dans