

peu saillante, molle, disparaissant facilement; ou se réduisant spontanément lorsque la femme vient d'uriner, et augmentant de volume et de consistance, lorsque, pendant un certain temps, la vessie est distendue par l'urine.

DU PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE URÉTRALE.

Le prolapsus de la membrane interne du canal de l'urètre est une affection très rare, dont cependant il est bon de dire quelques mots. Cette affection qui est due à un relâchement et à une boursofflure de la muqueuse urétrale, se manifeste par une petite tumeur rougeâtre qui fait une saillie plus ou moins considérable en dehors du méat urinaire, et qui se distingue du fungus urétral, dont nous parlerons plus tard, par sa forme régulière, sa réductibilité, et surtout par une ouverture centrale qu'on y remarque. Dans un cas de cette nature observé par *Séguin* (1), on pouvait introduire facilement le doigt par le canal de l'urètre qui était extrêmement dilatable et relâché; le praticien que nous venons de citer, après avoir employé inutilement les astringents, introduisit une sonde de femme dans le canal de l'urètre, et fit la ligature de la tumeur sur la circonférence de cet instrument; huit jours après cette opé-

(1) *Biblioth. médicale.* t. LXVIII. page 86.

ration; la malade fut parfaitement rétablie. Nous avons obtenu le même résultat en cautérisant avec une solution concentrée de nitrate d'argent tout le trajet du canal, au moyen d'une petite éponge fixée sur un petit cylindre ayant un de ses côtés à jour. La personne dont nous voulons parler, aujourd'hui âgée de 20 ans, est grande et bien constituée, mais chez elle tous les organes de la génération sont dans un état de relâchement bien manifeste; l'utérus est ordinairement à un pouce de la vulve, les grandes et les petites lèvres sont procidentes, molles, et beaucoup plus allongées que de coutume. Cette femme, qui est mariée depuis l'âge de seize ans et demi, est accouchée deux fois d'un enfant mort, à la suite d'une chute dans son escalier. L'état de blanchisseuse qu'elle professe, qui exige qu'elle se tienne constamment debout et les efforts qu'elle fait souvent en portant au loin du linge, sont conjointement à une idiosyncrasie particulière, les causes prédisposantes de l'état de relâchement anormal que présentent tous ses organes génitaux.

DE L'ENTEROCÈLE VAGINALE.

L'entérocele vaginale consiste dans une tumeur qui fait saillie dans le vagin et qui est produite par le déplacement d'une portion d'intestin. Ce genre de hernie, un peu moins rare que les deux précédentes,

est aujourd'hui assez bien connue. *Garcengeot* (1) est le premier auteur qui en ait fait mention ; depuis cette époque, elle a été observée par *Verdier* (2), *Leblanc* (3), *Hoin* (4), *Richter* (5), *Dehaen* (6), et par plusieurs autres praticiens.

Les parties du vagin qui sont recouvertes par le péritoine, c'est-à-dire les parois antérieure et postérieure, sont les seules qui puissent se prêter à une hernie intestinale dans la cavité de ce canal. Les causes prédisposantes de ce genre de déplacement sont en partie les mêmes que celles des autres hernies ; ainsi les femmes enceintes, les nouvelles accouchées, celles qui ont eu plusieurs enfants, y sont plus exposées que les autres. Sur quinze observations d'entérocele vaginale publiées par *Hoin*, treize avaient eu lieu sur des personnes qui étaient accouchées plusieurs jours auparavant ; cependant cette affection a été également observée sur des femmes qui n'avaient jamais été mères.

Les causes efficientes de cette hernie qui peut également se former d'une manière lente et graduée, sont en général, une chute sur le siège, un effort

(1) Mémoire de l'académie de chirurg. tome. II.

(2) Recherches sur la hernie, mémoires de l'acad. de chirurg. tom. II.

(3) Nouvel méthod. d'opér. les hernies, 1767.

(4) Essai sur les hernies rares et peu connues, 1767.

(5) Von den brüken, etc. traduit par *Rougemont*, 1799.

(6) Ratio medendi. tom. I. loco. citato.

pour lever un fardeau, pour aller à la selle, enfin presque toutes les causes occasionnelles des autres déplacements. Lorsque l'entérocele vaginale s'est effectuée brusquement, la malade éprouve la sensation d'un corps qui descend dans le vagin et une douleur plus ou moins vive qui s'irradie dans tout l'abdomen. La tumeur résultant de cette hernie qui en général ne présente que peu d'incommodité, à moins qu'elle ne soit très considérable, est de consistance molle, s'efface en partie ou disparaît tout à fait lorsque la femme est couchée. Elle devient au contraire plus volumineuse, plus dure, plus tendue, présente une base très large, une forme arrondie ou ovalaire, et se laisse quelquefois apercevoir au delà de l'orifice vulvaire, lorsque la malade est droite ou fait quelques efforts ; en un mot, l'entérocele vaginale offre tous les caractères généraux des autres hernies. Si l'on porte l'indicateur jusque sur le col de la matrice, on trouve le museau de tanche libre et dans son état naturel ; cette circonstance jointe à l'absence d'ouverture de la tumeur et aux autres signes que nous avons donnés, ne permettent pas de confondre l'entérocele vaginale avec toute autre tumeur qui se serait développée dans le canal vulvo-utérin.

Lorsque la portion d'intestin qui est déplacée pénètre entre la vessie et l'utérus, la hernie se manifeste sur un des côtés de la face antérieure du vagin

près du museau de tanche, tandis qu'elle occupe la face postérieure de ce canal, lorsque les organes déplacés descendent entre la matrice et le rectum. Souvent dans ce dernier cas, la tumeur se prolonge jusqu'au niveau de la vulve qu'elle dépasse quelquefois et souvent elle déjette le périnée en dehors et comprime l'extrémité anale du gros intestin, de manière à rendre très pénible l'expulsion des matières fécales.

Le peu d'épaisseur et la faiblesse des parois du vagin, la largeur du pédicule de la tumeur, c'est-à-dire de la communication du sac herniaire avec le péritoine, permettent toujours la rentrée de l'intestin et de l'épiploon, et rendent en quelque sorte impossible l'étranglement de l'entérocèle vaginale; cependant, d'après les observations de *Smélie* et de *Dehaën*, la pression de l'utérus pendant la gestation peut déterminer cet accident qu'il est difficile de faire cesser lorsque la tumeur est considérable.

Pour remédier à cette sorte d'étranglement dans le cas où l'on ne pouvait opérer la réduction, ce qui jusqu'à présent est sans exemple, on a conseillé d'inciser sur le point le plus saillant de la tumeur et de dilater l'ouverture par où doivent rentrer les intestins, avec le dilatatoire inventé par *Leblanc* pour faciliter la réduction des parties déplacées. Quelques chirurgiens ont pensé que l'on pourrait pratiquer une incision sur les parois du ventre, afin d'aller dé-

gager à travers cette ouverture, les parties herniées; enfin, dans le cas où l'entérocèle vaginale serait épiploïque et pédiculée, on a conseillé encore d'embrasser son pédicule dans une ligature; il est du reste très difficile de déterminer *à priori* auquel de ces trois moyens chirurgicaux on devrait donner la préférence; pour porter un jugement sur cette question, il faut attendre que l'expérience et des faits observés sans prévention, soient venus lever toute incertitude à cet égard.

Si dans ces circonstances difficiles dont on admet la possibilité quoiqu'on ne les ait jamais rencontrées, la conduite à suivre est encore incertaine; il n'en est pas de même pour la très grande majorité des cas; en effet, le traitement de l'entérocèle vaginale est fort simple et bien connu, il consiste comme celui des autres hernies à réduire la tumeur et à la maintenir réduite.

Pour pratiquer la réduction, on commencera par faire vider le rectum au moyen de lavements, puis après avoir fait coucher la malade sur le dos, la tête et la poitrine beaucoup plus basses que le bassin, et les cuisses fléchies, on introduira dans le vagin deux doigts enduits d'un corps gras et l'on fera varier la position du bassin que l'on fixera définitivement dans celle où l'utérus pèse le moins sur la tumeur; l'on exercera sur celle-ci une compression médiocre de manière à faire rentrer petit à petit toutes les par-

ties déplacées dans l'abdomen. Si la hernie avait lieu à travers la parois postérieure et supérieure du vagin, au lieu de faire coucher la malade sur le dos, elle devrait se placer à genou sur son lit, la tête appuyée sur le matelas. Enfin, lorsque la réduction sera effectuée, on maintiendra la hernie au moyen d'un pessaire cylindrique fixé dans le vagin avec un bandage en T.

Avant de terminer ce que nous avons à dire sur ce sujet, nous ajouterons que les fumigations émollientes dirigées dans le vagin, et surtout les injections huileuses faites quelque temps avant les manœuvres que nous venons d'indiquer, faciliteront de beaucoup la réduction de l'entérocele vaginale.

DE L'ENTÉROCÈLE ET DE LA CYSTOCÈLE VULVAIRES.

L'entérocele et la cystocèle de la vulve (1) sont des tumeurs formées dans l'une des grandes lèvres par les intestins ou par la vessie. Dans ce genre de hernie, les parties qui se déplacent, descendent

(1) D'après la dissection d'une cystocèle vaginale, faite par M. Burns de Glasgow, un côté de la vessie ou les deux côtés à la fois qui bordent le vagin, peuvent descendre chacun séparément le long de ce canal et se frayer une route jusque dans l'épaisseur de la grande lèvre où la hernie se montre sous la forme d'une tumeur ronde qui disparaît en partie quand la vessie cesse d'être distendue par l'urine; la portion moyenne du bas fond de la poche urinaire peut en même temps franchir la paroi antérieure du vagin et former une tumeur qui fait saillie au milieu de la vulve.

le long du vagin sans distendre les parois de ce canal et s'avancent entre son extrémité inférieure et la branche de l'ischion jusqu'au milieu d'une des lèvres de la vulve où elles produisent une tumeur arrondie, renitente, plus ou moins volumineuse. Cette tumeur qui soulève la peau, fait saillie au dedans de la vulve en se prolongeant sur l'un ou l'autre côté du canal vulvo-utérin, devient plus apparente, plus dure et plus tendue, lorsque la femme tousse ou fait un effort d'expulsion étant debout. Elle est souvent le siège ou plutôt le point de départ de douleurs qui s'accroissent pendant un exercice violent et qui s'irradient vers les régions inférieures de l'abdomen.

Ce genre de déplacement a été signalé pour la première fois par sir *A. Cooper* qui lui donne le nom de *pudenda hernia* qu'on a traduit en français par *hernie vulvaire*. Depuis l'observation publiée par le célèbre chirurgien anglais, *Scarpa* (1), dont la science déplore la perte récente, a rencontré dans sa pratique deux cas de cette espèce de hernie, que M. le professeur *J. Cloquet* a eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis, et que M. *Dugès* (2) a également rencontré sur une jeune fille, qu'une sage-femme avait cru affectée d'un prolapsus utérin.

(1) Archives générales de médecine, tom I. année 1823.

(2) Traité des maladies de l'utérus, par Madame Boivin et M. Dugès. t. II. pag. 599.

La cystocèle vulvaire s'est encore plus rarement présentée à l'observation ; M. *Bompard* en a publié le premier exemple ; mais jusqu'à présent elle n'a été disséquée et reconnue sur le cadavre que par M. *Hartmann*.

Le traitement de cette affection, consiste à faire la réduction, et à maintenir la tumeur réduite ; pour parvenir à ce résultat, la femme devra être couchée sur le dos, le bassin et la poitrine élevés par des coussins de manière à relâcher les parois abdominales, enfin les cuisses écartées et fléchies convenablement. Après avoir introduit dans le vagin le doigt indicateur de la main droite, si la hernie est à droite, et celui de la main gauche si la maladie est de ce côté, l'opérateur assis en face de la femme comprimera légèrement et soutiendra la tumeur du côté du canal vaginal tandis que les doigts de l'autre main en embrassant la portion qui fait saillie dans la grande lèvre, la refouleront en arrière vers la cavité pelvienne dans une direction parallèle à celle du vagin. On reconnaîtra que la tumeur est réduite par le vide qu'elle laisse dans la grande lèvre et dans la partie correspondante du canal vulvo-utérin.

Pour s'opposer à un nouveau déplacement, on aura recours à l'application d'un pessaire en bondon ou encore mieux à celle d'un pessaire conoïde dont le sommet tourné en bas, serait soutenu par un bandage en T.

La hernie vulvaire est comme les autres sujette à

CHUTE DE LA MEMBRANE INTERNE DU VAGIN. 381

s'étrangler, mais sir *A. Cooper* et *Scarpa* qui ont eu occasion de l'observer, sont l'un et l'autre parvenus à opérer la réduction seulement à l'aide du taxis. Cependant, comme il pourrait se présenter des cas moins heureux, où le débridement deviendrait indispensable, nous pensons qu'on devrait y procéder de la manière suivante : après avoir fait placer la femme comme nous l'avons indiqué plus haut, on fera une incision parallèle à la branche de l'ischion, c'est-à-dire qu'on débridera en arrière et un peu obliquement en dehors, ou bien en avant et un peu obliquement en dedans ; de cette manière on évitera l'artère vaginale qui doit se trouver en dedans du sac, et l'artère honteuse qui est placée en dehors. Nous ajouterons avant de terminer, que le principal inconvénient qui résulte de la hernie vulvaire, consiste dans une diminution de l'ampleur du vagin, dont l'une des parois fait une saillie correspondante au trajet des viscères déplacés. C'est du reste ce qui a été constaté par le professeur *Dugès* sur la jeune fille dont nous avons parlé plus haut.

DE LA CHUTE ET DU BOURSOUFFLEMENT DE LA MEMBRANE INTERNE DU VAGIN.

On a mal à propos compris sous ce nom divers déplacements, tels que la cystocèle et l'entérocele

vaginales, l'inversion qui résulte d'un prolapsus utérin et diverses autres hernies qui diffèrent essentiellement et n'ont de commun entre elles que la saillie de la membrane interne du vagin à l'intérieur de ce canal ou entre les lèvres de la vulve. Il est donc important de bien préciser ce qu'on doit entendre par *chute du vagin*, afin d'éviter toute espèce de confusion capable de rendre plus difficile le diagnostic de cette maladie et d'accroître l'obscurité de son étude littéraire. On doit donc n'entendre par chute du vagin qu'une affection analogue à la chute du rectum, c'est-à-dire le renversement de la membrane interne qui est produit par l'infiltration du tissu cellulaire unissant entre elles les membranes vaginales.

On distingue la chute du vagin en *complète* et *incomplète*; dans le premier cas la tumeur dépasse plus ou moins le niveau de la vulve, tandis que dans le second elle proémine seulement dans l'intérieur du conduit vulvo-utérin. On a divisé encore cette affection en *universelle* et *partielle*, selon que la tumeur est formée par toute la circonférence du vagin ou simplement par une partie de la membrane interne de ce canal, ce qui arrive fréquemment surtout à la paroi antérieure.

Les causes prédisposantes de cette maladie sont un tempérament lymphatique, une leucorrhée ancienne et abondante, une hémorrhagie utérine, la fréquence des accouchements et des avortements,

l'abus des bains chauds et des boissons relâchantes, une mauvaise nourriture habituelle, enfin les causes qui peuvent déterminer un état de faiblesse et de cachexie.

Parmi *les causes efficientes* de la chute du vagin, on doit ranger l'abus du coït, la masturbation; le frottement et la pression exercés sur les parois vaginales, par la tête du fœtus, la main de l'accoucheur ou les instruments employés pour terminer l'accouchement; cette affection peut être également déterminée par les causes communes de toutes les hernies, telles que les violences extérieures, les efforts pour soulever un fardeau, ou expulser les matières fécales, enfin les secousses résultant d'une chute, d'un saut, de l'action de rire, éternuer, tousser et surtout de vomir. On l'a vue produite par un coup de corne de vache, qui avait porté dans le vagin; le professeur *Désormaux* qui rapporte ce fait, dit qu'il a observé que surtout chez les femmes arrivées à l'âge critique, la chute partielle de la paroi antérieure du vagin était le résultat d'une inflammation chronique dont l'origine qui était souvent un vice dartreux, avait quelquefois une autre cause qu'il était impossible de déterminer.

Les symptômes de la chute du vagin varient selon l'étendue du déplacement et selon l'état inflammatoire des parties. Dans le prolapsus partiel mais simple, la tumeur est arrondie, de même qu'elle

est double, ou forme un bourrelet circulaire selon que la chute occupe les parois antérieures et postérieures, ou qu'elle s'étend sur toute la surface du vagin. La femme éprouve, quand elle est debout ou assise, un sentiment de pesanteur et de gêne, vers l'orifice du vagin et sur le fondement, des tiraillements dans la région lombaire, et diverses incommodités qui disparaissent en partie dès qu'elle reste pendant quelques instants dans une position horizontale. Dans la chute complète on doit joindre au symptôme que nous venons de signaler, un écoulement de mucosités puriformes, une constipation opiniâtre, une sorte de ténésme vésical et quelquefois même la strangurie. Souvent l'action de l'urine sur la surface de la tumeur, qui fait saillie hors de la vulve, et le frottement qu'elle éprouve pendant la marche, déterminent une inflammation plus forte, des excoriations douloureuses, une tension qui se prolonge vers la région des reins, et quelquefois même la gangrène produite par le gonflement considérable et surtout par l'étranglement de la tumeur qui a lieu au point où elle franchit l'orifice du vagin. *Heister* rapporte une observation qui prouve que la gangrène peut survenir à la suite de manœuvres inefficaces pour obtenir la réduction du prolapsus vaginal, et *Loder* cite dans son journal un fait d'après *Stoeller* qui démontre qu'il peut se former des concrétions calculeuses dans le tissu infiltré d'urine

de la membrane interne du canal vulvo-utérin en état de prolapsus complet.

Cette affection, non seulement gêne beaucoup pendant l'accouchement, mais même expose la femme à quelque danger. *Piesch* (1), rapporte que dans un cas de ce genre où la tumeur faisait une saillie de cinq pouces, la position de l'enfant ayant nécessité qu'on fit la version, il s'en suivit une déchirure qui cependant n'empêcha pas que la malade recouvrât la santé en peu de temps. *Loder* (2) dit que dans un autre cas, le vagin tombait chaque fois que la femme accouchait et faisait une saillie dont le volume égalait la tête d'un homme. L'accoucheur réussissait toujours à opérer l'extraction du fœtus au moyen du forceps, en ayant la précaution de faire soutenir les parties herniées. Lorsque cette manœuvre est impossible, *Richter* (3) conseille de faire une incision sur la partie latérale de la tumeur procidente, et il ajoute que cette opération est d'autant moins à craindre qu'on a vu dans des circonstances semblables, le vagin dilacéré sans qu'il en soit résulté des conséquences fâcheuses.

Lorsque le renversement est complet, la forme et le volume de la tumeur varient quelquefois au point

(1) Journal de médecine. tom. III.

(2) *Loder*, Journal. t. I. page 490.

(3) Biblioth. aud anfangsgr. der wundarzn. cap. IV. b. VII.