

de rendre le diagnostic très difficile; *Bartholin* (1), *Hagendorn* (2), *Schacher* (3), rapportent des faits curieux à cet égard; ce dernier auteur entre autres, cite d'après *Widman*, l'observation d'un prolapsus du vagin qui, à cause de son aspect pyriforme, fut pris pour un prolapsus de la matrice, jusqu'à ce que la dissection ait prouvé que la tumeur était produite par la membrane interne des parois vaginales. Pour éviter des méprises de ce genre, il suffit de se rappeler que lorsque l'inversion est complète, la tumeur, de couleur rougeâtre qui se présente hors de la vulve, a une forme ovale ou cylindroïde, une consistance molle, et offre une surface sillonnée par des rides circulaires, et une épaisseur plus considérable vers sa partie inférieure que dans tout le reste de son étendue. Il faut également ne pas oublier qu'à son centre se trouve une ouverture assez large pour permettre l'introduction plus ou moins facile du doigt, qui, après l'avoir franchi, pénètre dans le vagin au fond duquel on distingue le museau de tanche.

Le pronostic de l'affection qui nous occupe est en général peu fâcheux, quoiqu'on parvienne rarement à obtenir une guérison parfaite; quand la

(1) Casus pudendi mulieb. monstrose conform. cent. V hist. 9.

(2) Procidencia uteri instante partû. cent. III. observ. 3.

(3) Progr. de prolapsu vaginæ uteri.

chute est complète et surtout quand toute la circonférence du vagin forme la tumeur. Cependant cet heureux résultat a été obtenu accidentellement à la suite d'une inflammation produite par la présence d'un pessaire dans le vagin. *Morand* en a rapporté un exemple dans les mémoires de l'*Académie de chirurgie* et *Schacher* (*de prolapsu vag. uter.*), fait mention d'une femme qui, pour remédier aux inconvénients d'une inversion du vagin, introduisit dans cette cavité un petit pot de porcelaine qui y resta un an et ne put en être sorti qu'avec beaucoup de peine et par morceaux, tellement était vive l'inflammation qui survint. Cette circonstance que l'on croyait d'abord devoir être préjudiciable à la malade, fut cause de la parfaite guérison qui se fit très peu attendre.

Le traitement d'un prolapsus simple et incomplet consiste dans l'emploi des antiphlogistiques appliqués surtout localement, jusqu'à ce que les symptômes inflammatoires soient dissipés. Si l'inflammation avait une cause spéciale, et dépendait d'une disposition générale de la constitution, on aurait recours à un traitement approprié; et c'est même le seul cas où les remèdes internes sont utiles. Soit qu'on ait commencé par la réduction de la membrane déplacée, soit qu'on ait préféré attendre, ce qui est plus rationnel, que la phlogose locale et le gonflement fussent dissipés, on devra seulement à cette époque avoir recours aux lotions et aux injections

toniques et astringentes; la décoction préparée d'après la formule suivante, remplit parfaitement l'indication : Pr. quinquina jaune en poudre et écorce de chêne concassée, de chaque 3 gros; faites bouillir dans une demi bouteille de vin rouge; ajoutez, sulfate d'alumine 2 gros, et filtrez. On devra d'abord faire usage de cette décoction en la coupant avec moitié d'eau, puis un tiers, un quart, enfin on l'emploiera sans y ajouter aucune quantité de ce liquide. On pourra, pour augmenter encore l'efficacité de ces moyens, avoir aussi recours aux éxutoires, et surtout à l'application de petits cautères ou de quelques moxas sur le sacrum, comme le pratique M. le baron *Larrey*. A moins que le relâchement ne soit extrême, lorsque le traitement est bien dirigé, il est rare qu'on soit obligé de recourir à l'emploi des pessaires pour soutenir la membrane relâchée.

Pour remédier à la chute complète de toute la circonférence du vagin, on devra réduire la tumeur le plus tôt possible, en ayant toutefois la précaution de différer toute tentative de réduction, jusqu'à ce qu'on ait combattu par des moyens appropriés, l'inflammation et le gonflement qui pourraient exister. On prévient ensuite un relâchement ultérieur, et on s'opposera au renouvellement du déplacement, non seulement par l'emploi des lotions astringentes et toniques que nous avons indiquées pour les chutes partielles et incomplètes du vagin, mais encore par

l'introduction dans ce canal, d'éponges imbibées des mêmes liquides, et de petits sachets remplis des substances qui ont servi à préparer les lotions. On pourra également recourir à l'usage d'un pessaire adapté à la forme de la cavité vaginale, et laissé en place jusqu'à ce qu'il se soit déterminé un peu d'inflammation qui, ainsi que dans l'exemple que nous avons rapporté d'après *Schacher* (loc. cit.), peut suffire pour obtenir une guérison radicale. Si la membrane déplacée était le siège d'eschares gangréneuses étendues, les scarifications recommandées par *Heister* (1) ne pourraient qu'être avantageuses. Dans ce cas et dans tous les autres, il sera bon de tonifier toute la constitution par l'usage interne des eaux ferrugineuses acidules froides, telles que celles de Passy, de Spa, de Forges etc.

Lorsque la maladie est ancienne, la tumeur devient souvent irréductible ou du moins offre beaucoup de difficulté pour opérer sa réduction, parce qu'alors la membrane procidente se tuméfie et devient le siège de duretés, d'excoriations et même d'ulcérations. Dans ces cas malheureux, on doit tâcher de diminuer, autant que possible, les douleurs et les incommodités qui sont les conséquences de cette affection, en conseillant à la malade de soutenir les parties déplacées, avec une compresse enduite de cérat opiacé

(1) Institut. chirurg. de vulvæ procidentia. t. II. cap. CLVIII. page 1032.

et maintenue au moyen d'un suspensoire et d'un bandage en T. Le célèbre accoucheur *Levret* (1) et *M. Hoin* (2) d'Orléans, rapportent qu'au moyen du repos et de décubitus dorsal, on parvint à réduire tellement une chute du vagin qui faisait une saillie de sept pouces, qu'au bout d'un mois il fut possible de faire rentrer le reste de la tumeur. *Richter* (3), conseille de réduire le prolapsus vaginal, qui offre des difficultés en employant la méthode suivie par quelques auteurs pour opérer la réduction des hernies épiploïques volumineuses. Cette méthode consiste à faire coucher la malade sur le dos, les fesses un peu élevées, et à maintenir une douce pression sur la tumeur, en même temps qu'on prescrit une diète prolongée et qu'on administre des purgatifs mercuriels.

Au lieu de se borner à réduire la membrane proci-dente et à la maintenir réduite au moyen d'un pes-saire, *M. Dieffenbach* a pensé qu'on pourrait appli-quer dans ce cas la méthode adoptée depuis long-temps par *Dupuytren*, pour remédier à la chute du rectum.

Cet habile chirurgien de Berlin, après avoir opéré la réduction de la tumeur, excise au moyen de pinces et de bons ciseaux, tous les plis relâchés de la face interne des grandes lèvres. Cette opération, qui est toujours facile, doit être faite de manière que les plis enlevés

(1) Mémoires de l'acad. de chirurgie. tom. II.

(2) Essai sur les hernies rares et peu connues.

(3) Biblioth. and anfangsg derwundarzn. b. VII. cap. IV.

forment autant de rayons convergeants au centre du vagin, de telle sorte que leur extrémité supérieure doit pénétrer d'environ un pouce dans ce canal. Le traitement se borne à déterger chaque jour les petites plaies, ou bien si l'on désire les faire suppurer, à introduire une forte mèche, dont la base disposée en rayon, fournirait un petit faisceau à chacune des incisions. Le but de cette opération est de rétrécir considérablement l'entrée du vagin qui acquiert ainsi le degré de résistance qui lui manque. Pour obtenir le même resultat, *MM. Marshall* et *Heming* ont employé avec succès un procédé qui consiste à exciser un large lambeau elliptique de la membrane mu-queuse et à réunir immédiatement la plaie par la suture. Ce moyen difficile et douloureux à appli-quer, nous semble moins convenable que celui mis en usage par *M. Dieffenbach*.

Si la malade voulait absolument être débarrassée de sa dégoûtante infirmité, si cependant la réduc-tion ne pouvait être opérée à cause de la transforma-tion et de la dégénérescence que la tumeur aurait subies, il ne resterait à opposer au mal que la ré-section de la portion excédente de la membrane, qui, au rapport de *Stalpart Van der Wiel* (1), de *J. A. Meckren* (2) et d'autres auteurs, a été pra-tiquée avec succès dans des cas semblables. Si l'on se

(1) *Observationes rarioris medic.* t. II.

(2) *Observationes chirurg. observ.* 45.

décidait à ce moyen extrême, comme l'a fait M. *Bérrard* jeune (1), il faudrait, avant de tenter l'opération, non-seulement s'assurer de la disposition de la vessie et du rectum, mais encore tâcher d'acquérir la certitude que le vagin seul est tombé et que l'utérus n'est pas compris dans la masse; enfin on devrait suivre le conseil du professeur *Boyer*, c'est-à-dire, ne pas se décider légèrement à recourir à cette dernière ressource, qui est loin d'être sans danger.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans ajouter qu'il faut prendre garde de confondre la chute de la membrane interne du vagin, avec l'invagination de ce canal dont nous allons exposer les caractères différentiels dans le chapitre suivant.

DE L'INVAGINATION DU VAGIN.

L'invagination du vagin consiste dans un déplacement des parois supérieures de ce canal, qui étant entraînées peu à peu par la matrice, en état de prolapsus, se renversent sur elles-mêmes et s'invaginent dans l'espace que laissent entre elles les parois vaginales qui sont plus rapprochées de la vulve.

Ce genre de prolapsus du conduit vulvo-utérin présente trois degrés qu'il est utile de signaler. Dans le premier degré, on observe à l'orifice de la vulve,

(1) *Velpeau*, *Éléments de méd. opérat.* t. III. p. 580.

une sorte de bourrelet, irrégulièrement plissé, plus ou moins saillant, et au milieu duquel on trouve au moyen du toucher, le museau de tanche qui dans ce cas est toujours plus bas qu'il ne doit l'être naturellement. Le cercle mollasse et rouge qui résulte de l'invagination des parois supérieures du vagin, est moins saillant et moins volumineux, lorsque la malade est restée depuis quelque temps dans la position horizontale; mais il augmente et devient beaucoup plus apparent, dans la position verticale, et fait éprouver non seulement un sentiment de pesanteur dans les aines et dans la région hypogastrique, mais encore un ténésme pénible et une grande difficulté d'uriner dépendant du changement de direction qui s'opère alors dans le canal de l'urètre.

Dans le second et le troisième degré, la tumeur, qui est plus allongée et d'une forme cylindrique, présente ainsi que dans le premier degré, à son extrémité libre ou inférieure, une ouverture irrégulière, qui forme l'entrée d'un canal étroit au fond duquel on trouve l'orifice utérin.

Dans quelques cas d'invagination du vagin, on trouve le col de la matrice considérablement allongé, et il peut être difficile de décider quelle est celle de ces deux lésions qui est la cause de l'autre; en effet, si l'on peut dire que l'allongement du col et son hypertrophie ont pu déterminer le prolapsus utérin et consécutivement l'invagination vaginale, on peut

bien soutenir que le col ne s'est allongé qu'après l'existence du prolapsus de la matrice, en se portant insensiblement vers le point où il n'éprouvait aucune résistance, tandis que le corps de l'organe gestateur est encore retenu à une certaine hauteur par ses ligaments et ses attaches naturelles.

L'invagination vaginale est en général regardée par tous les auteurs modernes comme étant une lésion secondaire et symptomatique du prolapsus utérin, qui en est la cause déterminante.

Lorsque la maladie est ancienne, et surtout si la femme est restée long-temps sans secours, le bourrelet devient le siège d'un engorgement, la tumeur s'allonge et se durcit de plus en plus, en conservant toujours une ouverture inférieure par laquelle le sang des règles s'écoule comme du museau de tanche, à chaque époque menstruelle; enfin par sa forme et sa couleur, la partie saillante qui résulte de l'invagination offre quelquefois assez de similitude avec le corps de la matrice en état de prolapsus complet, pour que plusieurs praticiens s'y soient trompés, entr'autres *Bartholin*, *Widmann*, *Job a Meckreen*. Il est inutile de dire qu'avec la moindre attention on peut toujours éviter de tomber dans une semblable erreur.

L'invagination du vagin diffère du boursoufflement et de la chute de la membrane interne de ce canal, parce que le premier de ces déplacements ne peut commencer que vers la partie supérieure de ce con-

duit, et dans le voisinage du col utérin, tandis que le renversement de la muqueuse vaginale peut s'effectuer à toutes les hauteurs. Dans le premier cas c'est-à-dire dans l'invagination, le doigt remonte jusqu'à l'utérus et reconnaît que le fond du vagin replié revient sur lui-même pour accompagner l'organe gestateur qui est toujours déplacé; dans le second cas, ou plutôt dans le prolapsus de la membrane interne, l'indicateur introduit entre le bourrelet et la circonférence de l'ouverture, se trouve arrêté par le repli que forme la muqueuse relâchée, pour se porter au dehors. Enfin l'invagination accompagne toujours le prolapsus de la matrice, tandis que le renversement de la membrane interne du vagin a lieu ordinairement sans qu'il y ait déplacement de l'organe gestateur.

La tumeur résultant de la lésion qui nous occupe, est sujette à s'enflammer, à s'ulcérer et à déterminer les accidents qui peuvent être le résultat de ces lésions. Le moyen de prévenir ou de remédier à ces suites fâcheuses, est d'effectuer le plus tôt possible la réduction des parties déplacées, et de les maintenir réduites à l'aide d'un pessaire et des autres moyens que nous avons indiqués en parlant du prolapsus de la matrice; c'est en remédiant à ce dernier déplacement qu'on fera cesser celui du canal vulvo-utérin, qui en est la conséquence.