

décidait à ce moyen extrême, comme l'a fait M. *Bérard* 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'acquiescer 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.