

consiste dans la distension du trigone vésical, accompagnée généralement, et je crois toujours pendant sa période de début, d'amincissement de la paroi de l'organe.

**Colpocèle vésicale.** — Dans sa forme la plus légère, elle est représentée par une petite tumeur ovalaire, qui ne devient visible que lorsque la malade fait un effort ou lorsque la vessie est à l'état de distension; dans les cas plus avancés, elle arrive à former une tumeur permanente, s'ouvrant un passage à travers la vulve. La muqueuse vaginale prend bientôt l'aspect et les caractères de l'épiderme, la paroi vésicale subit un épaissement notable et, arrivée à ce degré, l'affection devient une source intarissable d'ennuis de toute espèce. La principale cause étiologique de ce prolapsus vésical doit être recherchée dans la détestable habitude qu'ont la plupart des femmes de retenir leur urine, jusqu'à ce que la vessie arrive à un degré extrême de distension. La différence des rapports anatomiques de cet organe chez l'homme et chez la femme crée la diversité des habitudes sur ce point.

Chez l'homme en effet le col de la vessie et le trigone reposent sur un plan solide, de sorte que la distension de l'organe ne peut s'effectuer que dans la direction verticale; de plus le poids des organes, qui reposent sur la vessie, rend cette surdistension beaucoup plus rapidement douloureuse que chez la femme. Chez cette dernière, la paroi sur laquelle repose l'organe est d'autant plus capable de distension, que le vagin se trouve dilaté par les accouchements précédents. Nos habitudes sociales permettent d'ailleurs beaucoup mieux aux hommes qu'aux femmes de vider leur vessie aussi fréquemment qu'il est nécessaire, de sorte que ces dernières s'habituent bientôt à remédier à cet inconvénient aux dépens de leurs organes; c'est le trigone qui se dilate, comme étant le point qui offre le moins de résistance à une distension exagérée.

A mesure que cette dilatation s'accomplit, la difficulté de

vider *complètement* la vessie deviendra de plus en plus grande; il persistera en effet dans la partie la plus déclive un résidu d'urine, qui se décompose, donne lieu à un catarrhe chronique et réduit les malades qui en souffrent aux conditions que nous observons chez les hommes affectés d'une hypertrophie de la prostate. L'inflammation intéresse surtout la poche dilatée, les parois vésicales subissent un épaissement notable et en dernier lieu la colpocèle devient irréductible.

Dans la pratique privée les cas aussi graves sont rares; mais dans la clientèle hospitalière nous les rencontrons fréquemment, ce qui provient de l'extrême négligence des classes inférieures dans l'accomplissement de leurs fonctions urinaires. Cette forme de prolapsus ne présente pas grands inconvénients pendant sa période de début, et la malade ne s'en aperçoit le plus souvent que lorsque la colpocèle devient subitement plus volumineuse. Si à ce moment elle est traitée convenablement, la guérison ne sera pas difficile à obtenir.

La première recommandation à faire à la malade est de ne jamais rester plus de huit heures sans vider sa vessie, et même moins longtemps si elle peut le faire; de plus, on doit la pourvoir d'un support convenable. Celui-ci consiste en un pessaire sphérique en ébène, fabriqué pour moi par MM. *Mappin et Co*, il ne doit présenter aucune aspérité et il sera muni d'une anse de forte corde de fouet. L'ancien pessaire en boule était sillonné de nombreuses cavités, dans lesquelles les sécrétions muqueuses s'accumulaient, se décomposaient et donnaient lieu à une odeur infecte. La malade doit enlever son pessaire chaque soir, faire une irrigation vaginale avec une solution à 1 pour 100 de permanganate de potasse, et le remettre en place chaque matin. En continuant ce traitement pendant des mois, pendant des années même si c'est nécessaire, chaque malade se trouve bientôt dans un état très satisfaisant et dans la majorité des cas on pourra obtenir à l'aide de ce procédé une guérison définitive.

Lorsque l'affection est plus avancée, qu'il existe en outre un catarrhe vésical chronique, on commencera le traitement en faisant faire des lavages de la vessie avec une solution à 1 ou 2 0/0 d'acétate de plomb. Ils peuvent être faits par la malade elle-même, après lui avoir enseigné comment elle doit introduire le cathéter.

Lorsque le prolapsus est irréductible et qu'il occasionne des troubles considérables, je n'hésite pas à exciser un fragment approprié de toute l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale et puis de refermer la plaie comme dans les cas de fistule ; mais il est évident que cette opération est une forme d'intervention qui doit être réservée aux cas graves seulement, car pour les autres je ne crois pas qu'une telle opération soit jamais nécessaire.

Un grand nombre de procédés ingénieux ont été proposés pour le traitement opératoire de la cystocèle, toutes ces opérations reposent sur le principe de l'avivement d'une certaine étendue de la muqueuse vaginale et de la réunion consécutive des bords, dans le but de diminuer temporairement le prolapsus. Je dis *temporairement*, car en pratique toutes ces opérations sont illusoire, vu l'extensibilité illimitée de la muqueuse vaginale, aussi longtemps que les causes qui produisent le prolapsus continuent à exister.

**Colpocèle rectale. — Constipation.** — La colpocèle rectale présente les mêmes caractères ; elle est due aux mêmes causes de négligence dans les fonctions de la défécation. La majorité des femmes anglaises est sous ce rapport d'une insouciance vraiment incroyable, qui ne peut être comprise que de ceux qui ont la pratique des salles de consultation de nos hôpitaux gynécologiques. Bien des femmes peuvent rester huit et dix jours sans aller à la selle, et encore à cet effet doivent-elles prendre quelque purgatif ; la fréquence et surtout la dose de ceux-ci doivent être constamment augmentées, et aussi ne sommes-nous pas surpris lorsque nous entendons des mala-

des nous raconter qu'elles doivent prendre en six semaines la valeur d'une cuillerée à soupe de pilules purgatives.

La régularité des évacuations intestinales est avant tout une *question d'habitude*. Je recommande toujours à mes malades de se présenter à la selle tous les matins après leur premier déjeuner ; pendant les deux premières semaines, leurs efforts peuvent être impuissants et il sera peut-être nécessaire de leur recommander l'emploi d'un suppositoire d'aloès ou de gomme gutte, ou d'un petit lavement, pris environ une demi heure avant le repas. Mais un peu de persévérance permettra bientôt de supprimer les moyens artificiels et, la régularité une fois établie, il sera facile de la maintenir. L'emploi du pessaire en boule, dont j'ai déjà parlé, facilitera sensiblement le traitement. Chez certaines femmes, tout particulièrement négligentes, nous pouvons rencontrer les deux variétés de colpocèle rectale et vésicale.

**Entéro-colpocèle.** — L'entéro-colpocèle est un prolapsus vaginal, derrière lequel il existe une ou plusieurs anses intestinales. On peut la rencontrer comme une simple distension de la poche de Douglas ; mais dans la grande majorité des cas elle est associée à un prolapsus utérin complet avec inversion du vagin ; nous en parlerons donc à propos des déplacements utérins.

**Dilatation de l'urèthre.** — L'urèthre subit parfois une certaine dilatation qui arrive à former une petite tumeur ovalaire, occasionnant bien des désagréments, car l'urine qu'elle contient s'échappe quelques minutes après la miction et souille les vêtements de la malade. Cette dilatation est souvent accompagnée d'*urétrite chronique*.

Le traitement le plus simple et le plus rapide est l'excision d'un fragment elliptique de la muqueuse et la réunion des bords par des sutures.

J'ai décrit il y a environ une quinzaine d'années un cas de *dilatation sacculaire de l'urèthre*, qui imitait à s'y méprendre une cystocèle vaginale très accentuée. Cette affection n'avait pas été décrite que je sache avant la publication de mon article sur ce sujet dans la *Lancet* de 1875. J'ai vu encore depuis lors un certain nombre de ces cas, mais, comme ils se ressemblent tous, la description des deux suivants pourra suffire.

I. — Madame B., mère d'une nombreuse famille, souffre depuis plusieurs années d'un prolapsus vaginal antérieur, de la grosseur d'un œuf, très douloureux et tout à fait irréductible. Il s'écoule par la vessie de grandes quantités d'un pus fétide.

A l'inspection, cette tuméfaction ressemble à une cystocèle vaginale ordinaire; elle est de consistance très dure, et à la pression il s'échappe par l'urèthre une grande quantité de pus ammoniacal et très fétide. Par conséquent, ce ne pouvait être une cystocèle simple, mais plus probablement un diverticule sacculaire de l'urèthre; le seul traitement indiqué était son extirpation.

La malade fut endormie et la moitié inférieure de la tumeur fut excisée au moyen des ciseaux; la grande cavité ouverte était tapissée d'une muqueuse épaissie et plissée; au fond je trouvai une ouverture, communiquant avec la paroi inférieure de l'urèthre, et située environ au milieu entre le méat et le col vésical; elle était assez large pour admettre un cathéter numéro 9 ou 10.

J'extirpai la totalité du revêtement de cette poche et je fermai la cavité à l'aide de sutures profondes. La guérison fut rapide et complète. Je ne puis m'expliquer autrement ce curieux cas, qu'en admettant l'origine congénitale de cette poche, et de sa communication avec l'urèthre.

Le cas suivant a été rapporté par mon collègue, le Dr *Hickinbotham* (1).

II. — Le 12 novembre 1880, je vis en consultation, avec le Dr *Young*, d'Erdington, Mme S., âgée de 21 ans, qui chaque jour attendait le début de son premier accouchement.

A l'inspection nous trouvâmes une masse volumineuse faisant saillie à la vulve, elle était formée par le col fortement hypertrophié et en avant par une grosse tumeur molle, que je pris au premier abord pour une cystocèle. En arrière, étalé sur la paroi vaginale postérieure, on voyait l'hymen intact en forme de croissant. Les dimensions du bassin sem-

(1) *British Medical Journal*, avril 1882.

blaient moyennes, et rien dans l'état général de la malade ne pouvait causer d'inquiétude. Le col utérin admettait facilement le doigt, et après quelque difficulté (causée par l'extrême longueur du canal cervical) je pus reconnaître une présentation céphalique.

Comme la malade était épuisée, nous décidâmes de pratiquer l'accouchement sans attendre plus longtemps; elle fut, par conséquent, chloroformée, la vessie fut vidée et je commençai avec de grandes précautions la dilatation du col rigide. Après de grands efforts il me fut possible d'introduire trois doigts; le crâne fut perforé et écrasé avec un petit céphalotribe; après quoi il n'exista plus aucune difficulté pour terminer l'accouchement.

Bientôt la tumeur antérieure au col augmenta de volume, devint douloureuse, puis elle s'ouvrit le dixième jour et il s'en écoula une certaine quantité de liquide purulent; après quoi la convalescence suivit son cours régulier.

Il n'avait existé ni pendant la grossesse, ni pendant l'accouchement aucun signe d'incontinence d'urine, ni aucun trouble vésical.

Le prolapsus utérin était survenu graduellement, si lentement qu'il avait pu repousser l'hymen en arrière sans le rompre, et il fut accompagné de si peu de symptômes, que la pauvre malade ne se douta même pas, jusqu'au moment de son mariage, qu'elle fût différente des autres femmes. Sa menstruation avait toujours été régulière, sa santé toujours excellente. Ce prolapsus était résulté sans aucun doute des fardeaux très lourds qu'elle avait dû porter dès son enfance.

Six semaines après son accouchement, je revis cette malade sur la demande du Dr *Young*. L'utérus était encore en prolapsus, mais le col et l'orifice externe étaient presque normaux. La tumeur que j'ai décrite était vide, flasque et elle pendait de la paroi vaginale antérieure. — Il existait à sa partie déclive une perforation assez large, permettant l'introduction du doigt. La malade gardait son urine depuis le matin jusqu'au soir, et un cathéter, introduit dans la vessie, ne découvrait rien d'anormal.

Lorsque j'examinai la poche elle-même avec la sonde et avec le doigt, je ne pus découvrir qu'une large cavité vide, située entre l'utérus et la vessie, et ne communiquant apparemment avec aucun de ces deux organes.

Cette dame fut alors admise à l'Hôpital des femmes, dans le service de M. *Lawson Tait*, qui eut l'obligeance de me donner la note suivante sur son état, et sur le traitement adopté :

« A l'examen de la malade on apercevait une tumeur ressemblant exactement à une cystocèle, mais à la partie proéminente de laquelle existait une perforation du volume d'une pièce d'un franc. Le doigt pénétrait à travers cette ouverture dans une grande cavité pyriforme, dont le sommet correspondait à l'urèthre, et nous pûmes bientôt nous assurer qu'elle

communiquait avec ce canal par un petit pertuis pas plus large qu'un grain de chènevis. En injectant la vessie avec du lait et en comprimant l'orifice de l'urètre, on voyait bientôt sourdre le liquide dans la poche.

« Ce kyste se continuait en arrière jusqu'au col utérin, et à cette hauteur il semblait se dédoubler pour former de chaque côté de cet organe deux petites poches latérales. J'incisai toute la cavité depuis l'urètre jusqu'au col, je disséquai la muqueuse sur toute l'étendue de la cavité, et je réduisis les lambeaux provenant de la surface vaginale, afin qu'ils se rencontrassent exactement sur la ligne médiane après leur réunion au moyen des sutures.

« La dissection de la paroi du kyste au niveau de la portion cervicale fut difficile, et l'hémorrhagie fut abondante, presque inquiétante. La malade fit une parfaite guérison; depuis lors toute trace de cette poche anormale ayant disparu, le prolapsus était guéri. »

A mon avis, ce cas est certainement un exemple de cette forme de malformation congénitale, dont j'ai le premier donné une description exacte (1). J'ai vu cinq de ces cas, et dans deux surtout la situation était sérieuse, car l'urine s'écoulait dans cette poche et y devenait ammoniacale et purulente.

Dans le cas présent, l'accumulation de l'urine était empêchée par la perforation à la partie la plus déclive de la poche, mais il est certain qu'une certaine quantité d'urine passait à travers le kyste au moment de la miction. Cette poche était aussi volumineuse que la vessie elle-même et elle était environ cinq fois plus grande que dans tous les autres cas que j'ai opérés. J'ai toujours fait la dissection complète de la paroi du kyste et j'ai toujours trouvé que la communication avec le canal urétral était très petite, du volume d'un grain de chènevis, ainsi que je l'ai déjà dit.

Je crois que chez la malade du Dr *Hickinbotham* les rapports de la poche plaident fortement en faveur de son origine congénitale, car je ne puis admettre qu'un kyste, qui se serait développé aux dépens du tissu cellulaire situé entre l'urètre et le col utérin, puisse contracter avec ces deux organes des adhé-

(1) *Lancet*, 9 janvier 1875.

rences aussi intimes que celles qui existaient dans ce cas; toutes mes opérations de ces kystes ont été suivies d'une guérison radicale.

Je désire encore faire remarquer, à propos de ce cas, que l'hypothèse du Dr *Hickinbotham*, attribuant l'absence de symptômes à la perforation du kyste, ne se trouve exacte qu'autant qu'elle se rapporte à l'époque qui a suivi l'accouchement, car auparavant cette ouverture n'existait pas encore. Je serais très porté à admettre que la communication avec l'urètre était masquée et oblitérée en partie par un pli de la muqueuse, agissant comme une valve et restant suffisante tant que la pression dans la vessie n'était pas augmentée. Sans aucun doute cette dernière condition se trouva réalisée pendant l'accouchement et l'urine s'introduisit alors pour la première fois dans le kyste, dont le contenu avait été jusqu'alors inoffensif.

Depuis que j'ai publié la notice ci-dessus, la malade revint se présenter à l'hôpital, se plaignant d'une grosseur très douloureuse dans l'estomac. La température était élevée et le pouls rapide. Elle fut par conséquent admise et nous trouvâmes à l'examen abdominal une tumeur douloureuse, siégeant à droite et au-dessus de l'ombilic, que je considérai comme un rein mobile. Un ou deux jours de repos au lit semblèrent tout remettre en ordre, la sensibilité et la fièvre avaient disparu et la malade rentra chez elle.

Depuis mon travail original sur cette question, *Duplay* l'a traitée dans un article fort intéressant (1), ainsi que *Alban Doran* (2).

J'ai trouvé dans le sixième volume des *Archiv für Medizin* la relation d'un autre cas; l'opinion que j'ai avancée sur l'origine congénitale de ces kystes s'y trouve confirmée. L'auteur de cet article, M. *Santesson* insiste de plus sur la distinc-

(1) *Archives générales de Médecine*, juillet 1880.

(2) *Medical Record*, mars 1885.

tion que l'on doit faire entre une poche formée par la simple dilatation de l'urèthre et un kyste préexistant, mais entré en communication avec le canal urétral soit à la suite d'un processus ulcératif ou nécrotique, soit par formation congénitale.

## PLAIES DU VAGIN

Les plaies du vagin sont toujours le résultat de violences directes, intentionnelles ou accidentelles ou même causées par la maladresse du chirurgien. J'ai eu l'occasion d'observer un nombre considérable de ces lésions traumatiques, et quelques-uns de ces cas étaient d'un grand intérêt, aussi bien au point de vue chirurgical qu'au point de vue médico-légal.

J'ai observé ainsi deux accidents où la lésion provenait de chutes sur une tige verticale, chutes faites dans la position demi-assise. Dans les deux cas c'est le cul-de-sac postérieur qui avait été perforé, et je crois que le péritoine était intéressé; mais, comme l'un des deux accidents fut suivi de guérison, cette dernière hypothèse n'est pas absolument certaine.

Dans le second cas, la mort survint par péritonite le cinquième jour après l'accident et nous constatâmes dans la cavité abdominale la présence d'un petit fragment des vêtements de la malade. Aucun autre organe n'était lésé. J'aurais dû opérer cette malade par laparotomie et à l'avenir je n'hésiterai pas à le faire.

Nous avons parfois l'occasion d'observer des ruptures vaginales assez étendues, survenues pendant le coït, lorsque le pénis est disproportionné avec le vagin; le seul danger de cet accident est l'hémorrhagie, car elle peut devenir très sérieuse; la guérison de ces lésions peut être retardée par la reprise trop hâtive des rapports sexuels. J'ai déjà mentionné le cas qui me fut envoyé il y a quelques années par M. Hammond Smith, où il existait une large fistule recto-vaginale

qui était la conséquence d'une maladresse extraordinaire du mari pendant la nuit de nocces.

Parmi les traumatismes du vagin, les plus fréquents sont les lésions faites en cherchant à déterminer l'avortement. Cette manœuvre est devenue très fréquente dans nos centres manufacturiers, et la difficulté d'obtenir des preuves certaines rend infructueux tous les efforts de la police pour l'enrayer. Les instruments employés dans ce but sont presque toujours malpropres et dangereux, de sorte que la mort survient fréquemment à la suite de plaies traversant le vagin et intéressant le péritoine. Comme les blessures qui en résultent sont toujours très petites, que l'examen médico-légal est toujours pratiqué plusieurs jours après l'accident, leur recherche exige les soins les plus minutieux. Elles siègent presque toujours derrière l'utérus.

J'ai observé il y a quelques années un cas horrible de traumatisme vaginal; il s'agissait d'un homme qui tua sa femme, pendant qu'elle était endormie sous l'influence de l'alcool, en lui enfonçant sa canne dans le vagin, à travers le cul-de-sac postérieur, le foie et le diaphragme. Différents autres viscères furent lésés et la mort survint par shock et hémorrhagie. Le coupable comparut naturellement devant la cour de justice, et, si peu croyable que cela puisse paraître, il se trouva un médecin distingué, qui prétendit que les lésions étaient dues à un suicide. Le jury néanmoins condamna l'accusé pour meurtre.

On a décrit quelques cas, et il est à espérer qu'ils deviendront de plus en plus rares, où les lésions vaginales provenaient de manœuvres obstétricales, exécutées par des chirurgiens maladroits, ou dont l'habileté avait été mise en défaut par leur intempérance. J'ai eu le malheur de voir un cas semblable, dans lequel une des branches du forceps avait été poussée à travers le cul-de-sac postérieur; les efforts expulsifs avaient chassé les anses intestinales à travers la