

mais elles demandent à être modifiées suivant les cas. L'injection doit être administrée lentement, et la malade étant couchée; elle est rarement douloureuse, et le plus ordinairement elle diminue tout de suite la quantité de l'écoulement; il faut faire deux injections par jour et augmenter graduellement la force de l'injection, quand la maladie dure longtemps. On peut donner d'abord les deux ou trois premières injections tièdes et les faire ensuite à froid. Huston (de Philadelphie) vante beaucoup une injection d'huile de térébenthine suspendue dans un mucilage de graine de lin ou d'orme: on renouvelle cette injection deux ou trois fois par jour. L'écoulement vaginal étant acide, j'ai fait usage d'injections alcalines, et je me suis trouvé très-bien d'une solution de carbonate de soude ou de potasse.

Si, avec les injections, on n'arrive pas très-vite à diminuer l'écoulement, il sera préférable de faire usage d'une forte solution de nitrate d'argent, avec laquelle on touche la membrane muqueuse vaginale au moyen du spéculum. S'il n'y a pas de rougeur, je me suis trouvé bien de faire usage, en pareil cas, de la teinture de benjoin composée.

Un bain de pluie froid ou la douche sur les reins est encore fort utile. La malade fera ensuite de l'exercice au grand air, sans cependant se fatiguer. Le régime alimentaire sera réglé rigoureusement; il a une grande influence sur la guérison.

Il arrive quelquefois qu'après une guérison apparente, on voit se produire un écoulement de mucus plus abondant que jamais, et cet écoulement persiste longtemps.

John Hunter appelait ce symptôme une *leucorrhée d'habitude*, et cette dénomination, correcte ou non, a été maintenue. Pour faire cesser cet écoulement, il faudra augmenter la force des injections, les renouveler plus souvent ou enfin en modifier la composition. En pareil cas, j'ai retiré un grand bénéfice des injections d'eau froide, renouvelées chaque jour pendant plusieurs semaines de suite.

Jewel a signalé la possibilité d'une métastase sur les articulations, quand l'écoulement se suspendait brusquement. En pareil cas, le rhumatisme articulaire sera probablement guéri par la reproduction de la maladie primitive.

La leucorrhée vaginale se complique souvent de leucorrhée utérine, et alors on rencontre les symptômes particuliers à chacune de ces deux affections. Il m'a paru préférable de traiter d'abord les désordres utérins, et, quand la matrice est guérie, d'entreprendre la cure de la leucorrhée vaginale.

La conséquence d'une leucorrhée vaginale longtemps très-persistante est, dit-on, le relâchement des parois du vagin, ce qui favorise ensuite la production des chutes de matrice. Je n'ai jamais rencontré aucun fait qui vienne à l'appui de cette théorie: elle n'est même pas d'accord avec le mécanisme suivant lequel se produit le polapsus utérin. D'ailleurs, en

admettant qu'il en soit ainsi, on pourra toujours prévenir cette complication en faisant usage, avec persévérance, d'injections froides astringentes. On dit encore que la leucorrhée peut causer l'ophthalmie purulente chez l'enfant, le pus étant en contact avec les yeux de l'enfant au moment du passage de la tête dans le vagin; il peut en être ainsi, mais je n'ai jamais rencontré de cas semblable (1).

CHAPITRE IV

ÉPAISSISSEMENT DU TISSU CELLULAIRE QUI ENTOURE L'URÈTHRE. — ÉTAT VARIQUEUX DES VAISSEAUX.

Cette maladie a été décrite pour la première fois par sir C. M. Clarke (2); mais assurément tous ceux qui font des accouchements doivent en avoir rencontré un grand nombre. Cette affection est rare, si même elle existe jamais, chez les femmes jeunes ou non mariées. Elle se présente ordinairement chez celles qui ont eu plusieurs enfants. En réalité, après plusieurs accouchements, il existe toujours chez les femmes une hypertrophie de cette région, même quand ce n'est pas poussé au point de constituer la maladie que nous étudions. Cette affection paraît consister essentiellement dans un état de dilatation des vaisseaux et une hypertrophie du tissu cellulaire.

§ I. — Symptômes.

Une sensation constante de malaise ou même de douleur pendant le coït, bien qu'il n'y ait point diminution des appétits sexuels, est généralement le premier symptôme qui attire l'attention. La malade accuse un sentiment de plénitude et de pesanteur à l'orifice du vagin, quand elle est debout; elle éprouve fréquemment le besoin d'uriner: en effet, par suite de la dilatation d'une portion de l'urèthre, il se forme une petite poche dans laquelle quelques gouttes d'urine viennent se loger. Ce symptôme devient insupportable pour les malades, il trouble leur repos, et peut en arriver à détériorer la santé générale. Cette maladie s'accompagne toujours aussi d'un écoulement muqueux.

Si l'on renverse les lèvres et que l'on dise à la malade de pousser un peu en même temps, on découvre l'urèthre tuméfié, et en introduisant le doigt dans le vagin, on peut suivre ce canal jusqu'au point où il pénètre dans la vessie. La partie externe de l'urèthre est d'un rouge foncé et donne une sensation spongieuse; si l'on appuie dessus avec le doigt, la rougeur et la tuméfaction disparaissent, pour reparaitre aussitôt qu'on cesse la pression. Il y a toujours un certain degré de sensibilité; l'introduction du cathéter permet de reconnaître la poche dont nous avons parlé.

(1) *Edinburgh medic. and surg. Journal*, t. III, p. 159.

(2) Clarke, *Diseases of females*, vol. I, p. 259.

§ II. — Diagnostic.

Le diagnostic s'établit par un examen attentif fait avec l'œil et avec le doigt.

§ III. — Traitement.

Le traitement consiste dans la ponction ou la scarification des vaisseaux, ou bien une application de sangsues à la suite des lotions froides. Toutes les applications chaudes m'ont paru faire plus de mal que de bien. Au bout de quelques jours, on peut faire usage de lotions astringentes au sulfate de zinc, alun, acétate de plomb, matico, écorce de chêne, etc.

Quand les ponctions sont guéries et que l'irritation est entièrement tombée, on peut comprimer les vaisseaux variqueux en introduisant soit une bougie de cire, soit un tampon de linge, que l'on fait peu à peu pénétrer dans le vagin. La scarification peut être renouvelée, si les vaisseaux se dilatent de nouveau.

Le régime alimentaire doit être modéré ; il faut entretenir la liberté du ventre.

La malade restera constamment au lit ou étendue sur un sofa.

CHAPITRE V

TUMEURS ENKYSTÉES DU VAGIN, POLYPES DU VAGIN.

ARTICLE PREMIER

TUMEURS ENKYSTÉES DU VAGIN.

Je n'ai jamais rencontré aucune description de cette maladie. Je ne la crois pas très-commune. Je donnerai ici quelques détails sur l'un des exemples que j'ai vus.

OBSERVATION I. — M^{lle} X... était âgée de dix-huit ans. Quand je fus appelé auprès d'elle, ses parents soupçonnaient qu'elle devait avoir une chute de matrice. Cette jeune fille disait avoir senti passer dans le vagin un corps volumineux ; je trouvai la matrice dans sa position normale ; mais quand la malade faisait un effort pour pousser, je sentais une tumeur molle, du volume d'une noix, logée dans la paroi antérieure du vagin, et qui tendait à faire saillie en avant. En introduisant un petit spéculum, je vis que cette tumeur était recouverte par la membrane muqueuse, qu'elle était demi-transparente et renfermait évidemment du liquide. Une sonde introduite dans la vessie me prouva que la tumeur était tout à fait indépendante de cet organe ; l'évacuation de l'urine ne diminuait pas le volume ni la tension de cette tumeur. J'introduisis alors un trocart explorateur, et je pus m'assurer que cette poche renfermait un liquide limpide, tout à fait semblable à de l'eau. Je fis alors une ouverture plus large pour vider entièrement cette poche. Trois ou quatre mois après,

elle s'était de nouveau remplie, sans donner lieu à aucune douleur ni même à aucun autre symptôme que la sensation de plénitude dans le vagin. Je la vidai une deuxième fois, et même une troisième. Depuis lors, cette tumeur ne s'est pas reproduite.

[[M. Alphonse Guérin (1) admet deux variétés de kystes du vagin, les uns, *superficiels* et peu volumineux, les autres *profonds* et susceptibles d'un accroissement considérable. — Ces deux variétés correspondent aux deux espèces de glandes qu'on rencontre dans la muqueuse vaginale. — Les premiers se développent dans les glandes munies d'un canal excréteur, et qui se rencontrent à la surface libre de la membrane muqueuse, les seconds dans les glandes closes placées en dehors du derme muqueux entre lui et le tissu érectile sous-jacent.

Les kystes superficiels se rencontrent dans la moitié antérieure du vagin et surtout en avant, où les glandes munies d'un canal excréteur sont surtout abondantes. Dans la moitié supérieure on rencontrera les kystes profonds, là où les glandes closes se rencontrent presque exclusivement.]]

Symptômes.

[[Les kystes superficiels ont un volume peu considérable ; ils varient du volume d'une tête d'épingle à celui d'un gros grain de raisin, ils forment une petite poche membraneuse, ils sont transparents ou rouges, suivant qu'ils contiennent un liquide incolore ou sanguin.

Les kystes profonds, sont plus volumineux, du volume d'un œuf de pigeon ou de poule, plus ou moins pédiculés, ne se réduisent pas par la pression ; ils sont résistants et donnent au toucher une sensation semblable à celle que l'on éprouve en pressant une vessie pleine d'eau. — On devra les distinguer de la saillie formée par des matières fécales accumulées dans le rectum, de la cystocèle vésicale, des polypes du vagin. Une ponction exploratrice pourra être faite pour éclairer le diagnostic.]]

Traitement.

[[L'incision du sac et sa cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent suffisent pour amener la guérison des kystes superficiels. — Quant aux kystes profonds, M. Guérin fait l'incision de la membrane muqueuse, puis l'excision de la plus grande partie du kyste ; il place ensuite entre les lèvres de l'incision un tampon de charpie, muni d'un fil qu'il laisse en place pendant deux ou trois jours jusqu'à ce que la suppuration soit établie, puis il fait des injections destinées à laver la plaie.]]

(1) Alph. Guérin, *Maladies des organes génitaux externes de la femme*, 1863, p. 429

ARTICLE II.

POLYPES DU VAGIN.

Je n'ai vu qu'un ou deux exemples de cette affection, et l'on en trouve très-peu dans les auteurs. L'observation suivante m'a été fournie par M. M'Clintock :

OBSERVATION I. — Une femme non mariée, âgée de trente ans, d'une bonne santé, fut admise à l'hôpital des femmes en couches au mois de juillet 1845. Dix mois auparavant, elle s'était aperçue d'une petite tumeur du vagin qui, depuis lors, s'était développée lentement, mais sans interruption. Jusqu'au mois de mai, c'est-à-dire deux mois avant son entrée, cette tumeur n'avait pas dépassé la vulve ; mais, dans les derniers temps, elle était devenue extérieure toutes les fois que la femme était debout. A l'examen, on voyait un

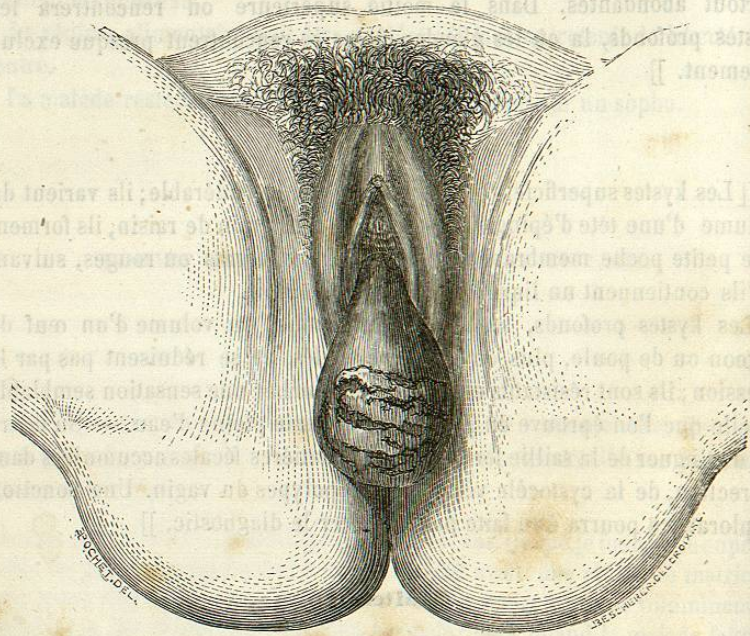


Fig. 53. — Polypes du vagin. (M'CLINTOCK.)

corps saillant, volumineux, semblable, comme dimension et comme apparence, à la matrice. Cette tumeur s'étendait de la partie la plus reculée de la paroi antérieure du vagin jusqu'à quelques lignes du méat urinaire ; elle était complètement indépendante de la vessie et de l'urèthre, elle présentait une structure très-résistante et n'était susceptible que de très-peu de déplacement ; elle mesurait 6 centimètres en longueur et 12 en circonférence ; du sommet à la base, l'épaisseur était à peu près la même. Entre la tumeur et le col utérin, la portion restante du vagin était saine : la membrane d'enveloppe de

cette tumeur ressemblait en tout au vagin, excepté toutefois à l'extrémité, où l'on apercevait de petites ulcérations superficielles. Du reste, la malade n'avait jamais éprouvé que de la gêne de cette tumeur, mais en réalité aucune douleur. Elle était réglée à époques très-régulières, et les fonctions de la vessie étaient normales.

Dès qu'on se fut bien assuré que la vessie n'était pour rien dans cette tumeur, il fut décidé qu'on l'enlèverait par la ligature. Johnson, chirurgien en chef de l'hôpital, et M'Clintock étranglèrent fortement cette tumeur à sa base avec un fil de soie, que l'on noua fortement au moyen de la canule de Levret. On eut soin seulement de bien dégager l'urèthre. Le troisième jour, on vit se produire un écoulement fétide, et l'on reconnut que la ligature avait creusé une rainure profonde tout autour de la tumeur. On resserra tous les jours le nœud. Le sixième jour, toute la tumeur était ulcérée : elle s'était fendue à droite transversalement, et une grande quantité de sang s'était écoulée pendant la nuit. Le pouls était rapide ; la malade était faible et abattue. Le onzième jour, la canule et la ligature furent retirées, et l'on enleva autant que possible de la tumeur. Chaque jour on en enleva une nouvelle partie, jusqu'à ce qu'il ne restât plus rien. L'usage des bains chauds, des soins de propreté minutieuse firent ensuite disparaître sur les lèvres les traces de tuméfaction et l'inflammation. Trois semaines après avoir retiré la ligature, on fit un examen minutieux des parties, et il fut impossible de découvrir aucun reste de la tumeur. Il y eut d'abord un peu d'incontinence d'urine ; mais chaque jour ce symptôme devint moins gênant, et au bout de quelques semaines il avait complètement cessé. Quelques mois après sa sortie de l'hôpital, cette femme fut de nouveau examinée ; elle continuait à être en parfait état et elle n'eut jamais de rechute.

Cette tumeur était très-ferme et très-résistante, à ce point qu'on la crut avec raison formée de tissu fibreux ou sarcomateux. Quand une fois la vitalité des tissus eut été détruite, elle ressemblait à un tendon mortifié, tant la structure fibreuse était accusée.

OBSERVATION II. — Une jeune femme, grande, d'une très-bonne santé, âgée de vingt-trois ans, étant au septième mois de sa grossesse, sentit tout à coup tomber quelque chose en dehors de la vulve ; elle était en train de courir. Elle ressentit tout de suite de la gêne, de la douleur même, et elle fut obligée de consulter. On trouva une tumeur charnue, résistante, d'un rouge foncé, qui pendait en dehors de la vulve, mais était encore attachée à la paroi postérieure du vagin, vers le milieu de sa hauteur, au moyen d'un gros pédicule un peu mollassé. Cette tumeur était beaucoup plus volumineuse qu'un œuf de poule, ne saignait pas et n'était pas douloureuse au toucher. La malade affirma qu'elle avait jusqu'alors ignoré complètement l'existence de ce corps charnu. On le fit rentrer sans peine dans le vagin, et l'on vit qu'il se logeait facilement dans la poche ou dépression qui existe normalement sur ce point du vagin, mais qui était beaucoup plus large qu'à l'état normal. Cette réduction soulagea beaucoup la malade ; mais un nouveau prolapsus se produisit. On jugea qu'il fallait extirper ce polype aussi promptement que possible, vu l'état de grossesse avancé, et la malade fut admise dans une des salles de l'hôpital. Skeleton appliqua sur le pédicule une forte ligature.

Le quatrième jour, un écoulement fétide se produisit, et comme il ne res-

tait intact qu'une très-petite portion du pédicule, on la coupa avec des ciseaux, et la tumeur fut enlevée. La malade quitta l'hôpital quelques jours après : elle était complètement guérie. Au terme de sa grossesse, elle revint pour accoucher : tout se passa bien, et elle se rétablit très-vite.

Dans ce cas, il s'agit d'un vrai polype. De même que, dans le cas précédent, il n'y avait eu aucun symptôme fâcheux, mais simplement une gêne locale, qui tenait au volume et au déplacement de ce polype.

[[Ordinairement, la tumeur est pédiculée. Le point d'insertion de ce pédicule est variable; tantôt il a lieu sur la paroi postérieure du vagin, tantôt sur la paroi antérieure, quelquefois le pédicule manque et l'insertion se fait par une base large de 2 ou 3 centimètres.

Ces polypes ne se révèlent qu'après un temps quelquefois très-long par une sensation de pesanteur au périnée ou par les envies fréquentes d'uriner ou d'aller à la garde-robe quand ils compriment la vessie ou le rectum.

On devra distinguer ces polypes du prolapsus utérin, de l'allongement hypertrophique du col, des polypes utérins, de la procidence de la muqueuse vaginale.

Le traitement consiste à enlever le polype, et c'est à l'écraseur linéaire que l'on devra alors avoir recours.]]

CHAPITRE VI

PROLAPSUS DU VAGIN.

Ce déplacement, que l'on confond quelquefois avec le prolapsus utérin, est assez fréquent; il est rare, si même il se rencontre jamais, chez les jeunes femmes et chez celles qui n'ont pas eu d'enfant.

Les conditions qui favorisent la production de cette infirmité sont le relâchement des parois et un prolapsus antérieur d'un autre organe (1).

Ce déplacement se présente sous trois formes : prolapsus de la paroi antérieure, de la paroi postérieure, et enfin de tout le vagin. Les deux premières formes coïncident toujours avec la chute d'un autre organe; la dernière se présente isolément.

(1) Boudet, *Traitement de la chute du vagin et de la matrice*. Paris, 1828. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, XXVI^e livraison in-folio, planche IV. — Chomel, *Gazette des hôpitaux*, 1848, nos 11-35.

ARTICLE PREMIER

PROLAPSUS DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU VAGIN ET DE LA VESSIE, OU, COMME L'ON DIT GÉNÉRALEMENT, PROLAPSUS VÉSICAL, CYSTOCÈLE VAGINALE (1).

§ I. — Causes.

Le mécanisme par lequel cette descente se produit est facile à comprendre. Le vagin, ou, suivant l'opinion de Sieboldt, la membrane interne seule se relâche pour une cause quelconque, telle que les grossesses répétées, etc., et l'urine, venant à s'accumuler, distend la vessie, la pousse

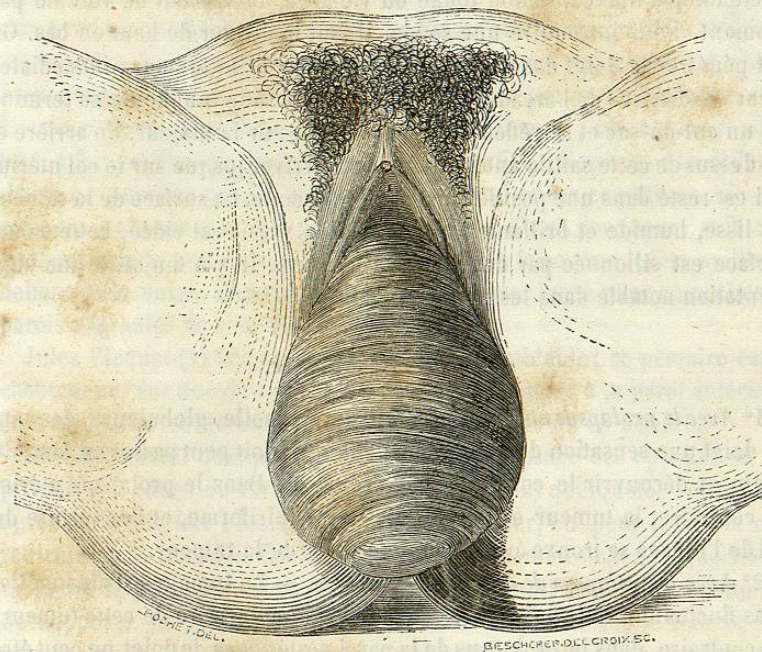


Fig. 56. — Prolapsus du vagin, (BOUVIN et DUGÈS, Atlas.)

de haut en bas et la fait saillir dans le vagin, qui cède lui-même. Chaque fois que cette accumulation se produit, la vessie se distend à un haut degré, jusqu'à ce qu'il en résulte une chute complète et une saillie à travers les parties extérieures.

§ II. — Symptômes.

La malade accuse une sensation de pesanteur, de tension dans le vagin, un vide dans la partie inférieure de l'abdomen, un malaise et quelquefois

(1) Boudet, *Mémoire sur la cystocèle vaginale*, 1835. — Malgaigne, *Journal de chirurgie*, novembre 1843. — Forget, *Cystocèle vaginale* (*Bulletin thérapeutique*, janvier 1844).