

ONZIÈME PARTIE

AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

CHAPITRE PREMIER

MALFORMATIONS CONGÉNITALES

Pathogénie. — Pendant le cours du deuxième mois, l'appareil génito-urinaire est disposé de la façon suivante : de chaque côté de la colonne vertébrale sont les deux *corps de Wolff*, longés sur leur bord externe par le *canal de Wolff* qui descend vers la partie inférieure de l'embryon pour venir déboucher dans le sinus uro-génital. Le canal de Wolff est lui-même côtoyé par le *canal de Müller*, qui gagne comme lui le sinus uro-génital. Arrivés à une certaine distance de ce sinus, les canaux de Müller passent en arrière, puis en dedans des canaux de Wolff. A ce niveau, les quatre canaux réunis par une gangue conjonctive forment le *cordon de Thiersch*. Le canal de Wolff ne tarde pas à s'atrophier chez le fœtus femelle, tandis que le canal de Müller se développe activement pour constituer les trompes, l'utérus et une partie du vagin. Un peu au-dessus du cordon de Thiersch se fait l'insertion du ligament de Hunter (futur ligament rond) sur le canal de Müller. Elle est importante et prend la valeur d'une véritable ligne de partage : toute la partie du conduit située en amont formera les trompes ; en aval, c'est la future cavité utérine, et plus bas, vaginale (fig. 218).

Jusqu'à ces dernières années, il était classique depuis Bis-

choff, d'assigner à la totalité du vagin une origine exclusivement müllérienne. En 1891 M. RETTERER a démontré qu'il y avait du vrai dans les observations des anciens embryologistes qui faisaient intervenir le sinus uro-génital dans la formation du vagin et même de l'utérus : et il a eu le mérite de préciser la part exacte que prend cet organe au développement du vagin.

Pour se rendre un compte exact de la constitution du sinus uro-génital, il faut faire une coupe antéro-postérieure de l'embryon. On voit à sa partie postérieure l'allantoïde (future cavité vésicale) déboucher dans la portion terminale du tube digestif (fig. 219). A leur point de jonction, le bord inférieur de leur cloison commune ressemble à un éperon qui descend dans le cloaque. Avec les progrès de leur développement, la jonction se faisant de plus en plus bas, cet éperon descend de plus en plus, si bien qu'à un moment donné le cloaque est divisé en deux canaux : en arrière le rectum, en avant le sinus uro-génital, et, entre les deux, l'éperon forme l'ébauche du périnée.

Or, le sinus uro-génital ne tarde pas à se subdiviser lui-même par un processus absolument analogue. Une deuxième coupe, analogue à la précédente et sur un embryon un peu plus âgé montre entre la vessie et le sinus uro-génital l'abouchement des canaux de Müller dans le conduit urinaire (fig. 220).

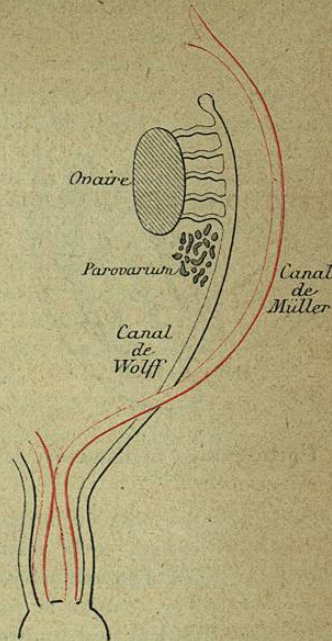


Fig. 246.

Schéma montrant le croisement du canal de Müller et du canal de Wolff.

A leur point de jonction, nouvel éperon qui, par suite de l'accolement de haut en bas de deux replis fournis par les parois latérales du sinus, semble descendre comme l'autre dans la cavité qu'il cloisonne. Et ainsi, du cloisonnement du sinus uro-génital résultent la partie inférieure de l'urèthre de la femme et le vagin inférieur. « Voici, dit M. RETTERER, comme il convient

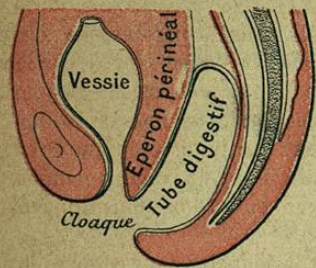


Fig. 247.

Schéma montrant le cloisonnement du cloaque.

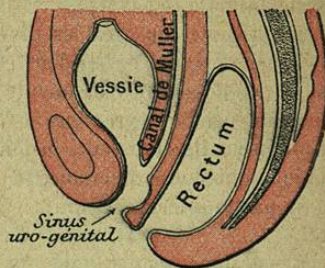


Fig. 248.

Schéma montrant le cloisonnement du sinus uro-génital.

d'interpréter les faits évolutifs : la proportion du vagin qui répond au bas-fond de la vessie et au segment supérieur de l'urèthre entouré d'un sphincter strié complet est un dérivé des canaux de Müller. Quant à la portion du vagin qui correspond au segment inférieur de l'urèthre, c'est-à-dire à la moitié inférieure environ où le sphincter uréthral strié est interrompu sur la paroi postérieure, elle résulte, comme le segment de l'urèthre qui est en rapport avec elle, du cloisonnement du sinus uro-génital. » Ces notions ont une grande importance tératologique, puisqu'elles permettent d'expliquer la présence d'un rudiment de vagin coïncidant avec l'atrophie complète du système müllérien (trompes, utérus, vagin supérieur).

Tandis que ces transformations s'opèrent dans la partie inférieure du conduit utéro-vaginal, le cordon de Thiersch subit de notables changements : les deux canaux de Müller s'accolent et se fusionnent intimement sur toute la longueur de ce cordon. Puis, la cloison qui les sépare disparaissant, il en résulte une cavité unique. On voit là l'origine de deux groupes d'anomalies

bien distinctes. Dans les unes, la fusion ne s'opère pas, le cordon de Thiersch reste dissocié et on a des *utérus bicornes*. Dans les autres, la jonction et l'accolement s'opère mais la cloison ne se résorbe pas : on a alors affaire à des *utérus cloisonnés* ou *biloculaires*. Toutes ces dispositions, anormales chez la femme, reproduisent des types existant normalement dans la série animale (fig. 221).

En résumé, on voit les diverses transformations que subit l'ébauche primitive. Les deux canaux de Müller dans la portion située au-dessus des ligaments de Hunter conservent toujours leur indépendance première et formeront les trompes de Fallope. Au-dessous ils s'unissent, fusionnent leur lumière en une cavité unique qui donne naissance à l'utérus et au vagin, complété à sa partie inférieure par le cloisonnement du sinus uro-génital.

Ces notions acquises, il suffit de les signaler pour comprendre d'emblée toutes les dispositions anormales qu'on peut rencontrer soit pour le vagin, soit pour l'utérus.

1° Anomalies du vagin :

- a. *Absence* :
 - Totale.
 - Partielle, le vagin inférieur seul existe (sinus uro-génital).
- b. *Cloisonnements* :
 - Complets avec quelquefois un vagin borgne latéral ;
 - Incomplets, simples brides vestiges de cloison.
- c. *Sténose* due à un arrêt de développement du canal de Müller sur un point de conduit.

2° Anomalies de l'utérus :

- a. *Absence*. — Plus souvent développement rudimentaire ;
- b. *Utérus unicorne*. — Un seul canal de Müller a évolué, on peut trouver quelquefois des vestiges de l'autre.
- c. *Utérus doubles* :
 - Bicorne double.
 - Bicorne unicervical.
- α. *Bicornes* :
 - Bicorne arqué.
 - Bicorne double séparé avec deux vagins.

β. Biloculaires : $\left\{ \begin{array}{l} \text{Complet avec vagin unique ou cloisonné.} \\ \text{Incomplet.} \end{array} \right.$

Accidents communs aux atrésies congénitales. — C'est seulement à la puberté que se montrent les accidents résultant d'un

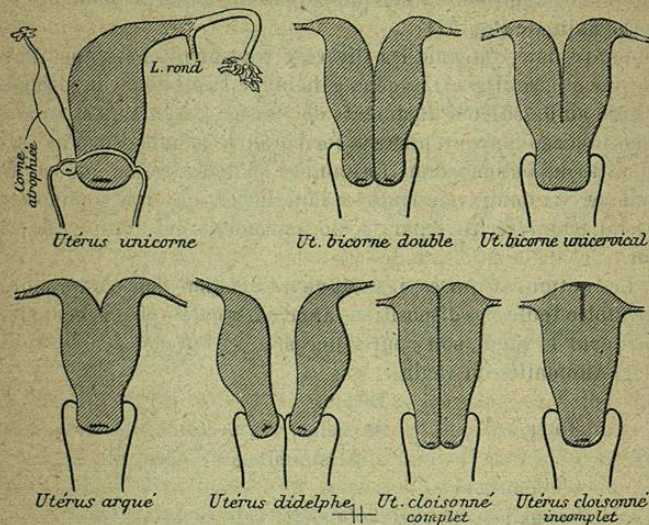


Fig. 249.

Schéma résumant les diverses anomalies de l'utérus.

rétrécissement ou d'une oblitération portant sur un segment inférieur de l'appareil génital; et leur apparition est due à la rétention du sang des règles. On dit qu'il y a : *hématocolpos*, si cette rétention s'effectue dans le vagin; *hématométrie*, si elle a lieu dans l'utérus; *hématosalpinx*, si elle siège dans les trompes.

La tumeur formée par l'hématocolpos acquiert parfois un volume considérable, refoulant la vessie en avant, le rectum en arrière, soulevant l'utérus qui coiffe son pôle supérieur. L'hématomètre, constitué par la distension utérine, coïncide avec

l'hématocolpos si l'hymen est imperforé, existe seul si l'imperméabilité réside au niveau du col.

Cette rétention des règles avec distension vaginale ou vagino-utérine s'établit avec des phénomènes douloureux, d'abord bornés à la période menstruelle qui avorte, puis continuels; ces douleurs prennent la forme de coliques expulsives; des phénomènes de réaction péritonéale (sensibilité du ventre et vomissements) apparaissent. A l'hypogastre, se développe une tumeur médiane, de volume croissant, pouvant atteindre l'ombilic. Le cathétérisme vésical met hors de cause la vessie; l'examen de la vulve montre, dans le cas d'hymen imperforé, la membrane bombant sous la collection; dans l'hypothèse d'une atrésie du col, le toucher vaginal révèle la distension du corps utérin: le toucher rectal, combiné au palper hypogastrique, rend compte de la forme et de la situation de la tumeur.

Le traitement consiste dans le débridement de l'atrésie congénitale, facile à réaliser s'il s'agit d'un hymen imperforé qu'on incise au bistouri, plus malaisé si l'oblitération porte sur le haut du vagin ou le col.

CHAPITRE II
AFFECTIIONS DU VAGIN

ARTICLE PREMIER
AFFECTIIONS INFLAMMATOIRES

Le gonocoque est le facteur dominant de l'inflammation des replis cutanés et muqueux qui forment la vulve (vulvite), des glandes de BARTHOLIN (bartholinite) et du vagin (vaginite). En dehors du gonocoque, on trouve, dans les sécrétions de ces parties enflammées des microbes associés (streptocoques, staphylocoques, colibacilles); et il est réel que les microorganismes pathogènes ou saprophytes, qui vivent normalement à la vulve ou dans le vagin, peuvent, dans certains cas, acquérir une virulence particulière et créer une inflammation non gonococcique : telle est la *vulvite saprophytique* des petites filles.

La vulvite se traduit par une rougeur des grandes lèvres, tuméfiées et encroûtées de pus concrété; la muqueuse du vestibule est rouge et granuleuse; les orifices des glandes de BARTHOLIN sont hyperémisés. — Dans le cas de bartholinite aiguë, compliquant la vulvite, la lèvre correspondant à la glande enflammée (la gauche le plus souvent) est gonflée et rouge, surtout au niveau de son tiers inférieur, où l'on palpe entre le pouce et l'index une induration, sous-muqueuse, du volume d'une noisette, dont la pression fait sourdre du pus par l'orifice du conduit excréteur; l'abcès bartholinique, abandonné à lui-même, tend à s'ouvrir à la face interne de la grande lèvre. —

Dans la vaginite, on voit, en écartant les petites lèvres, rouges et gonflées, un pus jaune filant s'écouler du vagin; le toucher, douloureux, fait constater la chaleur et la turgescence de la muqueuse; au spéculum, on voit la muqueuse vaginale, d'un rouge intense, érodée par places.

Le traitement consiste dans les injections au permanganate de potasse.

ARTICLE II
FISTULES VÉSICO-VAGINALES

Parmi les fistules urinaires, les plus fréquentes sont celles qui font communiquer la vessie avec le vagin, *fistules vésico-vaginales*; il est beaucoup plus rare de voir la communication s'établir entre le bas-fond de la vessie et le col de l'utérus, *fistule vésico-utérine*. — Parmi les causes de ces fistules urinaires, celle qui a un rôle prépondérant, c'est l'accouchement laborieux : la tête, engagée dans l'excavation, refoule contre la symphyse la cloison vésico-vaginale; si, en raison de son volume, en raison de l'étroitesse du bassin, elle y séjourne longtemps, une escarre se produit qui laisse, à sa chute, une perte de substance inter-vésico-vaginale.

La fistule, ainsi produite, siège tantôt au niveau du tiers supérieur du vagin (fistule juxta-cervicale), tantôt à son tiers moyen, tantôt à son tiers antérieur auquel cas elle entame la partie postérieure de l'urèthre (fistule uréthro-vaginale). — Ses dimensions sont variables : elle est parfois étroite au point de n'être reconnue que par une injection colorée poussée dans la vessie, ordinairement large de un à deux centimètres. La fistule représente un trou, sans trajet, ouvert dans la cloison bimuqueuse vagino-vésicale : sur ses bords, tantôt souples, tantôt épaissis, les deux muqueuses, adossées, se continuent; dans les fistules larges, la muqueuse vésicale tend à s'ectropionner en un petit bourrelet rougeâtre. Souvent la fistule se complique de rétrécissement cicatriciel du vagin, de brides inter-

pariétales, d'adhérences cloisonnant partiellement sa cavité, toutes lésions qui résultent de l'élimination de l'escarre et de ses irrégularités de cicatrisation et qui créent à l'intervention des difficultés.

L'écoulement de l'urine par le vagin, écoulement dont la

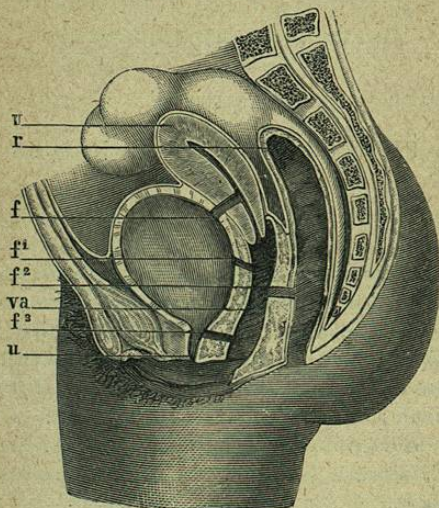


Fig. 250.

Principales variétés de fistules vaginales (DE SINÉTY).

f, Fistule vésico-utérine. — *f*¹, Fistule vésico vaginale. — *f*², Fistule recto-vaginale. — *f*³, Fistule uréthro-vaginale. — U, Utérus. — u, Urèthre. — Va, vagin.

quantité varie suivant le siège et les dimensions de la fistule, et qui va dans les larges orifices jusqu'à l'incontinence absolue, fait de l'affection une infirmité intolérable : l'odeur urineuse de la malade, l'érythème des cuisses et de la vulve, la cystite par infection vésicale sont des indications formelles à l'intervention.

L'intervention consiste logiquement dans la suture des bords, de la perte de substance. Mais, cette suture s'est longtemps heurtée à des obstacles insurmontables. Les progrès ont été ici réalisés :

par JOBERT qui eut l'idée, pour faciliter le rapprochement des bords, de détacher la vessie par des incisions libératrices permettant son glissement; par les Américains, par MARION SIMS qui eut le mérite de substituer à l'avivement simple l'avivement

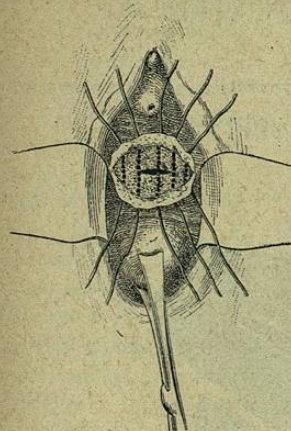


Fig. 251.

Procédé de dédoublement : sutures.
(RICARD ET LAUNAY.)

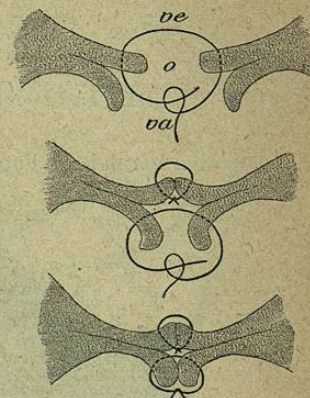


Fig. 252.

Procédé de dédoublement avec suture isolée du plan vésical et du plan vaginal.

excavé en large cuvette, de façon à accoler des surfaces et non des bords, d'employer la suture métallique, plus aseptique, et de créer un matériel instrumental mieux adapté aux difficultés de cette suture profonde. — Au procédé américain, on préfère actuellement le procédé par dédoublement (fig. 251 et 252), qui consiste à dédoubler la cloison vésico-vaginale et à fermer isolément la vessie et le vagin.