

de plasticité, et pour permettre aux parties divisées de se rapprocher par cicatrisation.

L'opération a reçu le nom de *périnéorrhaphie* et consiste à aviver les lèvres de la plaie et à les réunir par la suture. Exécutée pour la première fois avec succès, au seizième siècle, par Guillemeau, étudiée dans un important mémoire de Roux (1824) à l'Académie des sciences, cette opération a reçu dans ces dernières années des perfectionnements considérables, dus à la fois aux meilleurs modes d'avivement et de suture et à l'antisepsie chirurgicale. Elle est exécutée en général, aujourd'hui, d'après le procédé américain préconisé par Emmet, G. Thomas et J. Hue, procédé dans lequel on se propose de remettre en contact les bouts du sphincter anal divisé et de refaire la cloison recto-vaginale rompue; en un mot, de refaire le périnée avec ses éléments constituants, et de restaurer le pouvoir et les fonctions du sphincter anal. Nous ne pouvons que renvoyer, pour les détails, aux traités de médecine opératoire et aux travaux que nous avons cités au début de cet article.

AFFECTIONS DU VAGIN

I

VICES DE CONFORMATION DU VAGIN.

Les vices de conformation de l'utérus et du vagin ont été étudiés dans un remarquable travail de Le Fort, qui a résumé et analysé tous les faits connus (*Thèse agrégation, 1865*).

Les vices de développement du vagin peuvent tous s'expliquer par la persistance d'un état transitoire embryonnaire : le vagin se développe aux dépens de la partie inférieure des canaux de Müller, d'abord largement séparés l'un de l'autre, puis accolés et séparés seulement par une cloison, puis enfin réunis en un conduit unique par la résorption de cette cloison. Si l'un des deux tubes de Müller se développe seul, on a le vagin *unilatéral*; si les deux sont arrêtés de bonne heure dans leur développement, on a l'*absence* du vagin ou le vagin *rudimentaire*; si la cloison persiste dans toute son

étendue, il en résulte un vagin *complètement cloisonné*; si elle persiste dans certains points seulement, on a un cloisonnement *incomplet*.

Suivant l'étendue plus ou moins considérable des tissus unissants, il se produit un vagin incomplètement cloisonné *longitudinalement*, si la cloison persiste sur une longueur assez grande; *transversalement* cloisonné au contraire, si la couche de tissu unissant est mince (de Sinéty).

On peut classer ces anomalies de la manière suivante (*id.*) :

1° L'*absence* de vagin ou *vagin rudimentaire*; 2° les *ouvertures anormales* du vagin; 3° les vagins à *cloisons transversales*; 4° les vagins à *cloisons longitudinales*; 5° l'*étroitesse* du vagin.

1° L'*absence* du vagin peut coïncider avec une absence de l'utérus. On trouve, à la place du vagin, un cordon fibreux continu, ou fibreux à sa partie inférieure et creusé d'une cavité dans sa partie supérieure.

2° La plupart des *ouvertures anormales* du vagin doivent être probablement rapportées à une persistance du canal uro-génital. On a vu ce conduit s'ouvrir près du rectum, très exceptionnellement dans la vessie et au-dessus du pubis.

3° Le *cloisonnement transversal* est dû à une imperforation de l'hymen ou à une membrane en forme de diaphragme située plus ou moins haut dans le canal vaginal. La membrane dépendant de l'hymen est située à l'extrémité inférieure du vagin; celle qui résulte de la persistance sur un point de la division longitudinale embryonnaire est ordinairement située plus haut, à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur, à 4 ou 5 centimètres de l'orifice vulvaire. Ces cloisons, en général uniques, ont été observées au nombre de trois et quatre sur la même femme; elles sont formées de tissu fibreux et quelquefois de fibres musculaires lisses.

4° Les vagins *doubles*, séparés longitudinalement, s'accompagnent le plus souvent d'une division semblable de l'utérus. Le vagin gauche est situé sur un plan plus antérieur que le droit. La partie inférieure du vagin peut être double, son extrémité supérieure étant unique. La cloison peut être interrompue sur plusieurs points et les conduits communiquent ensemble à ce niveau.

5° L'*étroitesse* du vagin peut résulter de cette disposition unilatérale, ou elle reconnaît pour cause un arrêt de développement ayant atteint l'organe après la naissance.

Symptômes. — Il est facile de se représenter les divers signes et les troubles fonctionnels en rapport avec ces malformations. Ces derniers s'accusent au moment de la puberté, dans le cloisonnement transversal, par l'impossibilité de la menstruation et des rapprochements sexuels.

A chaque période menstruelle tous les troubles physiologiques de la menstruation se manifestent, sauf l'issue du sang par la vulve. Il peut y avoir de la rétention d'urine par compression de l'urèthre.

A l'examen local, s'il s'agit d'un vagin rudimentaire, on voit que l'orifice est oblitéré par un tissu dense et résistant ou qu'il est représenté par un court enfoncement terminé en cul-de-sac.

Quand il y a cloisonnement, on constate la présence d'une tumeur tendue, violacée, formant saillie à la vulve, remontant dans le bassin, quelquefois au-dessus de l'ombilic, au point que l'on est tenté de croire à une grossesse. Le sang des règles s'accumulant, forme une tumeur qui augmente à chaque époque menstruelle, repousse en avant l'hymen et l'applique sur l'urèthre. Le palper abdominal fait sentir quelquefois un *boudin mou et élastique* formé par la dilatation des trompes ou l'utérus soulevé au sommet de la collection. Les douleurs vont en augmentant et prennent un caractère d'acuité excessive au moment des crises menstruelles.

Quelquefois tous les accidents cessent par la rupture spontanée de la membrane.

Si l'oblitération n'est pas absolue, on n'observe que des phénomènes de dysménorrhée et le sang peut s'échapper goutte à goutte.

Diagnostic. — Les absences du vagin, ses ouvertures anormales, sont faciles à reconnaître; il est plus délicat de se rendre compte de la disposition et de l'épaisseur des tissus qui cloisonnent transversalement le vagin et mettent obstacle à l'écoulement des règles. Au point de vue pratique, cette question domine toutes les autres.

L'introduction d'un doigt dans le cul-de-sac vaginal et dans le rectum peut quelquefois permettre d'apprécier l'épaisseur de la cloison. Le degré de profondeur du vagin permet de préciser le siège de celle-ci; si le vagin a conservé sa longueur normale, il s'agit probablement d'une atrésie utérine; s'il est considérablement raccourci, c'est une atrésie vaginale.

Dans le cas de cloison incomplète siégeant haut dans le vagin et ayant permis la conception, la disposition est importante à reconnaître

au moment de l'accouchement, et quelquefois difficile à distinguer de l'absence de la portion vaginale du col.

Pronostic. — Le pronostic est surtout grave dans le cloisonnement transversal; outre l'obstacle à la fécondation et quelquefois aux rapports sexuels, cette anomalie peut entraîner la mort par distension exagérée de l'utérus et des trompes remplis du sang menstruel. Le sang passe dans le péritoine le plus souvent à travers une rupture des trompes ou par une hémorrhagie provenant de la déchirure des adhérences, à la suite de la suppression brusque de cette distension.

Traitement. — L'intervention n'est absolument indiquée que s'il y a rétention des menstrues; si l'obstacle ne consiste qu'en une simple membrane, une incision longitudinale ou cruciale suffit dans le plus grand nombre des cas. Si les tissus interposés sont épais, il est nécessaire de creuser un vagin artificiel. L'opération est très délicate; elle consiste à aller chercher le col utérin, entre la vessie et le rectum, soit par dissection à l'aide du bistouri ou du thermocautère, soit par décollement avec les doigts, soit par un véritable *taraudage* fait avec l'électrolyse (L. Le Fort). Dans les divers temps, la blessure du rectum ou de la vessie est possible.

L'évacuation de la tumeur sanguine menstruelle à travers une cloison représentée par l'hymen non perforé ou un cloisonnement transversal siégeant plus haut, n'est pas une opération toujours bénigne; la simple ponction ou l'incision de la membrane oblitérante ont été suivies d'accidents formidables soit de péritonite, soit d'hémorrhagie interne, soit de septicémie.

Aussi cette opération doit être réglée par les principes suivants: évacuation lente de la poche par ponction avec aspiration ou petite incision qui est agrandie quand l'évacuation est terminée; antiseptisme rigoureux pendant et après l'intervention.

II

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU VAGIN.

Les *contusions* et *plaies* du vagin sont rares en dehors de l'accouchement. On a vu une plaie du vagin par un tube de verre d'irri-

gateur s'accompagner d'une hémorrhagie abondante (Gillette), une autre se compliquer de pénétration d'une tige de bois dans la vessie (Fleury, de Clermont).

CORPS ÉTRANGERS DU VAGIN.

Ces corps sont extrêmement nombreux; ils sont piquants et de petit volume, comme des épingles, des aiguilles; minces et volumineux, comme des bobines, des alènes, des bouts de seringue, des morceaux d'éponge, etc. Les plus fréquents de ces corps étrangers sont les pessaires; on en a vu rester dans le vagin 2, 5, 14, 20 et jusqu'à 25 ans. Les pessaires métalliques ou en bois s'incrustent de sels calcaires et donnent lieu à des accidents de leucorrhée, de métrite, à des ulcérations, à des fistules recto-vaginales ou vésico-vaginales, et à des troubles généraux septiques ou nerveux.

L'augmentation de ces corps par des incrustations calcaires peut rendre leur extraction laborieuse.

Dans quelques cas, en l'absence de commémoratifs, l'écoulement vaginal fétide, la présence de fongosités végétales venant du col et du vagin, ont pu faire croire à une affection cancéreuse.

L'extraction des corps étrangers doit être pratiquée dès que leur présence est reconnue. Après d'abondantes injections antiseptiques, le corps sera retiré soit directement avec les doigts, soit avec des pinces appropriées, quelquefois même avec un petit forceps.

FISTULES VAGINALES.

Les fistules vaginales comprennent :

1° Les fistules *urinaires*, dans lesquelles il y a communication entre les voies génitales et l'un des points des voies urinaires; elles ont été étudiées avec les organes urinaires (page 5).

2° Les fistules *fécales*, dans lesquelles une perte de substance de la cloison ano-vulvaire ou recto-vaginale établit une communication entre les deux conduits;

5° Les fistules *intestino-vaginales* ou *intestino-utérines*, dans lesquelles l'intestin grêle ulcéré ou blessé vient s'ouvrir dans le vagin ou l'utérus, constituant une variété rare d'anus contre-nature.

1° FISTULES FÉCALES.

Les fistules fécales sont plus rares que les fistules urinaires, vésico-vaginales ou autres.

Étiologie. — A la suite des accouchements laborieux, la communication entre le rectum et le conduit vulvo-vaginal peut s'établir par deux mécanismes : tantôt la pression prolongée de la tête détermine une eschare de la cloison recto-vaginale; tantôt le périnée et la cloison sont rompus et les téguments seuls se sont réunis.

Le forceps ou un crochet peuvent aussi faire un trou dans la cloison.

Souvent des abcès de la cloison, des ulcérations consécutives à un rétrécissement du rectum, des ulcérations syphilitiques ou cancéreuses, sont l'origine de l'affection.

Anatomie pathologique. — Le siège, la forme et les dimensions de la fistule sont variables. Tantôt l'orifice siège au-dessous de l'insertion de l'hymen (*fistule recto-vulvaire*), tantôt plus ou moins haut dans le vagin (*fistule recto-vaginale*). La fistule recto-vulvaire est souvent consécutive à la rupture du périnée incomplètement cicatrisée. La fistule recto-vaginale peut siéger assez haut dans le vagin pour que le cul-de-sac péritonéal recto-vaginal ait pu être quelquefois blessé dans l'avivement des bords de la fistule.

Ces fistules sont en général étroites; on en a vu qui avaient trois ou quatre centimètres d'étendue et même plus. Mais ce qui en fait surtout l'importance, c'est la constitution des bords de la fistule; celle-ci est le plus souvent *directe* et ses bords sont en général minces et cicatriciels, formés par la réunion de la muqueuse vaginale avec la muqueuse rectale. Cette dernière fait souvent hernie dans l'orifice aux bords duquel elle adhère. Les muqueuses ont perdu leurs caractères normaux et ne sont plus guère représentées, dans les cas anciens, surtout du côté du vagin, que par du tissu de cicatrice, quand la fistule est consécutive à une déchirure du périnée.

Symptômes. Diagnostic. — L'écoulement incessant ou intermittent des gaz et des matières fécales liquides par le vagin est le signe caractéristique de cette affection. L'examen direct ou à l'aide du spéculum de Sims appliqué du côté de la symphyse ou avec des écarteurs permet d'apprécier les caractères de la fistule. Dans le cas de

trajet sinueux et oblique, il peut être nécessaire de faire une injection colorée dans le rectum pour voir le liquide sortir dans le vagin par l'orifice fistuleux.

Le pronostic de ces fistules est assez sérieux, à cause de la difficulté du traitement à leur appliquer.

Traitement. — Un certain nombre de ces fistules pouvant s'oblitérer spontanément, il n'est indiqué d'intervenir après leur formation que lorsqu'on est sûr qu'il n'y a plus rien à attendre du travail naturel d'oblitération.

La cautérisation peut être tentée pour les petites pertes de substance. Le plus souvent il faut arriver à une opération d'*anaplastie*.

L'opération par le *procédé américain*, analogue au procédé employé pour la fistule vésico-vaginale, donne de fréquents succès, à cause du peu d'épaisseur de la cloison recto-vaginale, et du contact des matières intestinales liquides ou gazeuses avec les surfaces fraîchement avivées (Verneuil). Ce chirurgien lui préfère le procédé de *réunion secondaire*, qui imite le processus de guérison naturelle de ces fistules; dans un premier temps, il cautérise au thermo-cautère les deux lèvres de la fistule, détruit les deux muqueuses et le trajet, et au bout de douze jours, quand les surfaces sont bien granuleuses, dans un deuxième temps il les réunit par la suture (*réunion immédiate secondaire*).

Trélat recommande la même opération que pour une déchirure incomplète du périnée, c'est-à-dire une véritable périnéorrhaphie.

Dans certains cas, on peut aussi avec avantage fendre tous les tissus, depuis la fistule jusqu'au périnée inclusivement, comme dans la fistule anale, et diriger la cicatrisation du fond vers la superficie (Dolbeau, Desprès, Labbé), ou reconstituer de suite le périnée par la périnéorrhaphie, comme dans la rupture complète (Monod).

2° FISTULES INTESTINO-VAGINALES ET INTESTINO-UTÉRINES.

On peut décrire sous ce nom des communications anormales établies entre l'intestin grêle et le vagin ou l'utérus (*fistules intestino-vaginales et intestino-utérines*). Ces fistules ont été l'objet d'un important mémoire de L. H. Petit (*Ann. de Gynécologie*, 1882-1885).

Elles succèdent à l'étranglement d'une anse intestinale dans une rupture de l'utérus ou du vagin, à un phlegmon propagé du bassin et

qui détermine l'adhérence de l'intestin aux organes génitaux, ou à l'ouverture d'une grossesse extra-utérine dans l'intestin et le vagin, ou à l'ulcération d'un cancer de l'utérus propagé au tube digestif.

Le plus souvent la communication s'établit entre l'iléon et le vagin ou l'utérus, dans le cul-de-sac vaginal postérieur ou la paroi postérieure de l'utérus. Le point où se fait l'abouchement est en général entouré par des adhérences péritonéales qui sont le résultat d'une ancienne péri-mérite. Assez fréquemment, on observe la rétraction et même l'oblitération du bout inférieur de l'intestin.

L'examen direct de la fistule avec des spéculums appropriés, la nature des matières qui s'écoulent par l'orifice fistuleux, le passage de liquides colorés injectés dans le rectum ou de substances introduites par la bouche, permettent en général de reconnaître la présence et le siège de la fistule.

Le principal danger de cette variété de fistule intestinale est l'insuffisance de l'alimentation quand l'orifice siège haut sur l'intestin.

Le traitement varie avec les cas; on a employé la cautérisation des bords de l'orifice, la suture après destruction de l'éperon ou après avivement, la laparotomie avec résection circulaire et suture de l'intestin.

Le traitement palliatif comprend, outre les soins de propreté et les moyens médicaux, l'oblitération du vagin par la méthode de Simon.

III

INFLAMMATIONS DU VAGIN. — VAGINITES.

Les vaginites sont *aiguës* ou *chroniques*; ces formes peuvent toutes deux apparaître d'emblée ou être la conséquence l'une de l'autre. Au point de vue des causes, elles sont divisées en *vaginite simple* et *vaginite blennorrhagique*, pouvant donner lieu l'une et l'autre à des formes anatomiques variées, — *vaginite granuleuse*, *vaginite gangréneuse*, *vaginite disséquante* ou *phlegmoneuse*.

Au point de vue clinique, la vaginite simple et la vaginite blennorrhagique sont presque entièrement confondues et peuvent être décrites ensemble; les formes rares que nous avons signalées seront

décrites comme des variétés et des complications de la vaginite simple.

Étiologie des vaginites. — La vaginite simple existe parfois à l'état primitif; le plus souvent, pour Gaillard Thomas, elle est produite par les caractères virulents du liquide qui s'échappe de l'utérus.

Dans le premier cas, elle reconnaît les mêmes causes que la vulvite, et se développe spécialement chez les sujets scrofuleux, arthritiques et chlorotiques; l'impression du froid, les premiers rapprochements sexuels, la grossesse, les corps étrangers du vagin, etc., en sont les causes locales ordinaires.

Dans le second cas, les métrites chroniques, les hypertrophies du col, les déplacements utérins, le cancer du col, en sont le point de départ.

La vaginite blennorrhagique est essentiellement provoquée par le contact du pus blennorrhagique, soit directement dans le coït, soit à la suite d'une uréthrite blennorrhagique.

Caractères anatomiques. — La muqueuse vaginale est quelquefois seule enflammée; et même, surtout dans la blennorrhagie, l'inflammation peut se cantonner dans un des replis ou des culs-de-sac du vagin; d'autres fois l'inflammation s'est propagée à la vulve, à l'urèthre, aux glandes vulvo-vaginales, à la muqueuse utérine. Cette propagation variée se fait surtout dans la vaginite blennorrhagique.

La muqueuse est rouge, vascularisée, rugueuse, tuméfiée; elle présente quelquefois des saillies confluentes dues à une hypertrophie des papilles normales (*vaginite granuleuse*) ou à une infiltration d'amas de petites cellules dans le tissu sous-papillaire. Il peut même se développer de véritables *pustules* dont la rupture donne lieu à de petites ulcérations superficielles (*vaginite ulcéreuse*). Cette vaginite granuleuse, décrite d'abord par Ricord et Deville, est généralement la conséquence de la grossesse; mais elle peut s'observer aussi dans la vaginite simple et spécifique.

Dans une variété plus rare, au moment de la période menstruelle ou à la suite d'injections astringentes, on constate l'expulsion de lambeaux assez étendus formés par la desquamation de l'épithélium pavimenteux du vagin, soit par plaques, soit sous forme d'un moule complet du canal (*vaginite exfoliante*, Cohnstein), comme dans la dysménorrhée membraneuse.

D'autres fois, l'inflammation peut s'étendre à tout le tissu sous-

muqueux du vagin qui entre en suppuration — *péri-vaginite phlegmoneuse* ou *disséquante*; enfin, sous l'influence de certaines causes, surtout de la puerpéralité, on voit se développer des vaginites *gangréneuses*.

Dans la vaginite *chronique*, la muqueuse n'est plus rouge, mais elle prend une couleur violacée, livide; elle présente par places des excoriations de profondeur et de dimensions variables, et des granulations siégeant le plus souvent sur la paroi antérieure.

La vaginite chronique est quelquefois suivie d'un ramollissement de la muqueuse ou du tissu conjonctif sous-muqueux, qui peut amener un prolapsus du vagin dans sa paroi antérieure ou dans toute sa circonférence.

Symptômes. — Si l'inflammation est très intense, qu'il s'agisse d'une vaginite simple ou blennorrhagique, les grandes lèvres sont gonflées et distendues; la muqueuse vaginale est rouge, chaude, couverte de pus; elle présente des ulcérations folliculaires ou des saillies papillaires et saigne facilement; l'introduction du doigt et à plus forte raison du spéculum est douloureuse.

Le vagin est le siège d'un écoulement leucorrhéique abondant, quelquefois d'une odeur fétide, verdâtre, tachant fortement le linge et déterminant des excoriations sur les parties voisines de la vulve. On peut trouver dans ce liquide le microbe de la blennorrhagie et c'est le seul signe, à proprement parler, qui permette de différencier de la vaginite aiguë simple la vaginite blennorrhagique.

Les malades accusent une sensation de prurit, de chaleur et de brûlure dans le vagin, et de douleur et de pesanteur au périnée; elles ont des envies fréquentes d'uriner, quelquefois du ténesme anal et du vaginisme. Des douleurs violentes expulsives peuvent se faire sentir dans le vagin.

L'uréthrite et l'inflammation des glandes vulvo-vaginales sont des complications fréquentes surtout dans la vaginite blennorrhagique; la première se traduit par la fréquence et la douleur des mictions.

Dans la blennorrhagie, il peut aussi se déclarer une métrite du col, et exceptionnellement on a vu l'inflammation se propager au péritoine par les trompes de Fallope et déterminer une péritonite grave, quelquefois mortelle.

Assez souvent, dans les formes aiguës, les ganglions de l'aîne sont engorgés et douloureux et peuvent même suppurer.