

La vaginite aiguë simple ou blennorrhagique, bien traitée, guérit ordinairement en trois ou quatre semaines; elle peut passer à l'état chronique, que nous étudierons dans un instant.

**Diagnostic.** — Le diagnostic est en général facile; il est plus délicat de savoir s'il s'agit d'une vaginite simple ou blennorrhagique; la coïncidence d'une uréthrite dans ce dernier cas n'a rien de caractéristique. Les écoulements leucorrhéiques venant du col sont *alkalins*, tandis que ceux qui sont fournis par le vagin et la vulve sont toujours *acides*.

**Traitement.** — La vaginite aiguë simple ou spécifique sera, dans la période franchement inflammatoire, traitée par de grands bains prolongés et des injections chaudes d'eau de pavot ou de graines de lin additionnées d'acide borique en solution à 4 pour 100 et répétées toutes les cinq ou six heures.

Les symptômes très douloureux seront calmés par l'opium à l'intérieur ou l'addition de quelques gouttes de laudanum dans le liquide des injections.

Plus tard, après la chute de la période aiguë, on a recours avec succès aux injections astringentes ou parasitocides; le permanganate de potasse, l'acide phénique, l'hydrate de chloral, l'acide borique, le sublimé, le tannin, le sulfate de zinc, seront prescrits en injections répétées trois fois par jour. Les attouchements de la muqueuse avec une solution de nitrate d'argent au 1/50, renouvelés tous les trois ou quatre jours, l'insufflation de poudre d'iodoforme, l'introduction de suppositoires vaginaux iodoformés ou de tampons imbibés de glycérine et de tannin ou contenant de l'alun en poudre, ou de cellulose au sublimé enfermée dans des sachets de mousseline, sont des moyens recommandables.

La *vaginite chronique* ou *leucorrhée vaginale* succède à la vaginite aiguë simple ou spécifique ou s'établit quelquefois d'emblée sans être précédée de la période inflammatoire. Fournier décrit une vaginite chronique, *herpétique*, précédée généralement d'éruptions dartreuses sur différentes parties du corps et principalement sur la région génitale externe.

Quand elle succède à une vaginite blennorrhagique, elle peut se cantonner dans les culs-de-sac vaginaux ou dans les conduits des glandes vulvo-vaginales; d'où la contagion possible par le coït alors que le reste de la muqueuse vaginale paraît sain.

La vaginite chronique se traduit spécialement par la nature et l'abondance de l'écoulement. Celui-ci peut présenter un aspect variable: il est tantôt à peine coloré ou faiblement teinté de jaune; tantôt plus ou moins purulent comme dans la forme aiguë.

D'après Næggerath, cité par G. Thomas, les femmes qui sont atteintes de vaginite chronique blennorrhagique ou gonorrhée latente, sont exposées à des inflammations péri-utérines aiguës et chroniques, à la salpingite, à l'ovarite et au catarrhe des organes génitaux. Elles deviendraient rarement enceintes, ou si la grossesse survient, elle se termine par un avortement.

Ce côté de la question, aujourd'hui exact dans un bon nombre de cas, assombrit singulièrement le pronostic de la vaginite chronique latente.

D'une manière générale, l'affection est très rebelle, à cause de ses localisations multiples et des difficultés que celles-ci opposent au traitement.

Celui-ci ne diffère pas du traitement de la période non inflammatoire de la vaginite aiguë; il devra souvent être combiné avec le traitement général reconstituant, les malades étant en général des anémiques ou étant devenues anémiques du fait de l'affection.

## IV

## TUMEURS DU VAGIN.

Les tumeurs du vagin comprennent des tumeurs liquides ou *kystes* et des tumeurs solides.

## a. KYSTES DU VAGIN.

Les kystes du vagin, d'abord étudiés par Huguier en 1846, ont été de nouveau l'objet de travaux importants dans ces dernières années de la part de A. Guérin, 1864, de Winckel (*Arch. f. Gyn.*, 1871), d'Eustache de Lille (*Archives de tocologie*, 1878), de Max Græfe, de Sweifel, de Lebedeff (cités in *Revue d'Hayem*, 1885) et de Thalingier (*Thèse de Paris*, 1885).

**Étiologie.** — Ces kystes sont assez rares; ils ont été observés à

tous les âges et dans tous les conditions, sur des femmes vierges et sur des enfants nouveau-nés (de Sinéty). On a accusé de leur production la grossesse et l'accouchement, les blessures, les piqûres de la cavité vaginale, les frottements exercés dans le coït sur la paroi vaginale antérieure.

**Anatomie pathologique.** — Huguier, A. Guérin, Eustache divisent les kystes, suivant leur siège, en *superficiels* et *profonds*. D'après Huguier et récemment d'après Spreuchen (1882), ils auraient pour point de départ les follicules glandulaires du vagin dont la présence a été fortement contestée par Kölliker, Frey, Robin, Pouchet, de Sinéty, la muqueuse vaginale étant considérée comme dépourvue de glandes.

L'origine glandulaire ne pourrait guère être admise que pour les kystes développés près de la vulve; elle est incontestable pour ceux qui se développent dans la glande de Bartholin.

Leur siège de prédilection est le voisinage de l'urèthre.

**Kystes superficiels.** — Ils varient de la grosseur d'une lentille à celle d'une noisette; les uns adhèrent par une large base aux tissus sous-jacents, les autres sont plus ou moins pédiculés. Leur paroi est mince et transparente; leur contenu est un liquide plus ou moins filant, généralement incolore, quelquefois renfermé dans des alvéoles.

Ils se formeraient par soulèvement des couches superficielles de l'épithélium ou seraient des petits myxomes (Eustache).

D'après Winckel, il existerait, chez les femmes enceintes, une production de nombreux kystes agglomérés et saillants sur la muqueuse épaissie, et siégeant le plus souvent dans la partie supérieure du vagin. Leur volume ne dépasse guère celui d'un grain de chènevis ou d'un pois. Quelques-uns ont un contenu gazeux et par une piqûre se vident en produisant le bruit caractéristique de l'air s'échappant par un petit pertuis. Cet état cesse le plus souvent avec la grossesse.

**Kystes profonds.** — Ces kystes sont situés au-dessous de la muqueuse, dont ils sont tout à fait distincts; ils sont ordinairement situés à 4 ou 5 centimètres de l'orifice vulvaire, le plus souvent sur la paroi vaginale antérieure.

Ils sont d'abord sphériques et sessiles, plus tard ils deviennent ovalaires et peuvent se pédiculiser et pendre hors de la vulve. A un

degré de développement avancé, ils se présentent sous forme d'une tumeur très proéminente, de la dimension d'une noix, d'un œuf de poule, d'une poire, d'une orange.

Les parois, épaisses, sont recouvertes de l'épithélium pavimenteux du vagin et sont formées de tissu conjonctif et quelquefois de fibres musculaires lisses. Le contenu est tantôt clair, muqueux et filant, quelquefois brun, couleur chocolat. La face interne est tapissée d'épithélium cylindrique.

Leur point de départ, obscur, est rapporté tantôt à une formation analogue à celle des bourses séreuses accidentelles (Verneuil), tantôt placé dans les canaux de Gartner, restes du canal de Wolf (Veit), tantôt rapporté à des collections sanguines développées dans les parois vaginales et devenues kystiques (Winckel).

Enfin on a observé dans le vagin des kystes multiloculaires revêtus de formes épithéliales distinctes, et présentant des saillies, des bourgeonnements comparables à ce qu'on voit sur certains kystes de l'ovaire (Kaltenbach).

**Symptômes.** — Tous ces kystes ont une marche lente. Ils peuvent ne se révéler par aucun trouble; d'autres fois ils provoquent des douleurs périnéales et des tiraillements lombaires; dès qu'ils sont un peu volumineux, ils gênent ou empêchent le coït.

Ils se présentent avec les caractères que nous leur avons assignés, sous forme d'une tumeur indolente, élastique, molle ou fluctuante; le spéculum permet de saisir les détails de leur configuration.

Le kyste peut se rompre spontanément ou par une violence extérieure et leur liquide se reproduit; quelquefois il s'enflamme et suppure.

Le pronostic de ces tumeurs est bénin; leur guérison s'obtient facilement.

**Traitement.** — Si la tumeur est pédiculée, elle sera enlevée par la ligature ou la dissection, en ménageant la muqueuse du vagin.

Si elle est sessile, elle sera fendue avec excision d'une partie des parois et les deux lambeaux restants seront suturés à la muqueuse vaginale (Schröder), ou bien la poche fendue et vidée sera, après ou sans excision de la paroi, badigeonnée au nitrate d'argent, à la teinture d'iode ou au chlorure de zinc au 1/5<sup>e</sup> et bourrée de gaze iodoformée.

## b. TUMEURS SOLIDES DU VAGIN.

Les tumeurs *bénignes* sont des *polypes*, des *lipomes*, des *fibromes* et des *fibro-myomes*.

Les polypes sont rares; il s'agit surtout, dans la plupart des cas, de fibromes pédiculés.

Les fibro-myomes, sans être fréquents, sont la tumeur ordinaire du vagin, où ils trouvent les éléments de leur constitution, du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses. Ce sont tantôt et le plus souvent des fibromes purs, ou des myomes purs, des fibro-myomes, les myomes purs étant les plus rares (Kleinwächter, *Arch. f. Heilk.*, 1882). Leur volume varie de celui d'une noisette à celui d'une tête d'enfant d'un an; ils siègent de préférence dans la paroi antérieure.

Leurs symptômes sont en rapport avec leur siège et leur volume. Les tumeurs *malignes*, *primitives* du vagin sont rares; cependant on connaît un certain nombre de *cancers* primitifs du vagin (Küstner, *Zeitschr. f. Geb. und Gynæc.*, 1882). La paroi postérieure est presque toujours atteinte dans le cancer primitif, contrairement à ce qu'on observe pour le cancer secondaire, qui envahit de préférence la paroi antérieure.

On a surtout observé le carcinome, soit sous forme d'infiltration diffuse, soit sous forme d'une tumeur limitée, circonscrite, arrondie.

Des *sarcomes* ont été observés chez des enfants (Demme, 1882).

## V

## CHUTE OU PROLAPSUS DU VAGIN.

Le prolapsus *simple* du vagin est un affaissement des parois vaginales et leur saillie plus ou moins prononcée à la vulve. Le plus souvent le prolapsus est compliqué ou mieux accompagné d'une hernie de la paroi vésicale (*cystocèle*) ou d'une hernie de la paroi rectale (*rectocèle*), qui ne peuvent ni l'une ni l'autre s'effectuer qu'à la condition d'être accompagnées par le vagin. Mais le prolapsus vaginal simple existe aussi.

D'après Gaillard Thomas, le prolapsus *isolé* porte seulement sur la

paroi postérieure, moins bien fixée que l'antérieure; pour d'autres auteurs (de Sinéty), la chute de la paroi antérieure serait de beaucoup la plus commune. Mais, dans ce cas, elle s'accompagnerait toujours de cystocèle (G. Thomas). Gillette (*in Nélaton, Traité de path. chirurgicale*, t. VI) admet un prolapsus total des parois antérieure et postérieure toujours lié à une chute de l'utérus.

**Étiologie.** — Toute influence qui tend à détruire la tonicité naturelle du canal vaginal, qui le rend hypertrophié ou relâché, ou qui détruit son support inférieur, doit être placée parmi les causes de cette affection (G. Thomas).

Les grossesses et les accouchements répétés, la rupture du périnée, l'atrophie sénile des parois vaginales, la distension antérieure du canal par des tumeurs, les vaginites anciennes et prolongées, le défaut de rétraction du vagin après l'accouchement (*subinvolution* de G. Thomas), réalisent cette influence.

La subinvolution du vagin accompagnée d'une rupture du périnée serait la cause la plus fréquente (G. Thomas). De violents efforts de la part des muscles abdominaux peuvent être la cause déterminante.

Le prolapsus simple, extrêmement rare chez les nullipares, peut y être observé ainsi que chez de jeunes enfants à la suite de convulsions (G. Thomas).

**Symptômes.** — Dans des cas très rares, le déplacement peut se produire d'une manière aiguë sous l'influence d'un effort, d'un accès de toux, d'une contraction utérine. Le fait s'observe en général après l'accouchement et s'accompagne d'ordinaire d'un prolapsus subit de l'utérus.

Le plus souvent, à la suite d'une des actions lentes que nous avons énumérées, la résistance du vagin est graduellement vaincue et l'organe arrive à faire saillie à la vulve.

La tumeur rouge, arrondie, plissée transversalement, est recouverte par la muqueuse vaginale, tantôt saine, tantôt plus ou moins excoriée, quelquefois tout à fait *cutisée*, dans les cas anciens. Elle est *unique* lorsque la chute est partielle, *double* quand la muqueuse fait saillie en avant et en arrière, *circulaire* lorsque le prolapsus est total. Elle peut être refoulée par la pression pour se reproduire presque aussitôt, spontanément ou au moindre effort.

Les malades accusent une sensation de malaise dans la région, de chaleur à la vulve, de la gêne dans la marche et les mouvements,

de la lassitude générale et des troubles de la miction et de la défécation s'il y a complication de cystocèle ou de rectocèle.

Cette complication est presque fatale à la suite du prolapsus simple, qui constitue une infirmité désagréable et quelquefois très pénible.

Le traitement sera étudié en même temps que celui du prolapsus compliqué.

## VI

## HERNIES DU VAGIN.

Les hernies du vagin comprennent : 1° les hernies *vesico-vaginales* ou *cystocèles* ; 2° les hernies *recto-vaginales* ou *rectocèles* ; 3° les hernies d'une autre portion de l'intestin ou *entéro-cèles*.

## a. CYSTOCÈLE.

La *cystocèle* ou hernie vésico-vaginale consiste en une descente de la vessie vers la vulve, de façon à intercepter plus ou moins le canal vaginal. Elle peut être précédée du prolapsus simple du vagin ; en tout cas, elle est préparée par cet état ; car la hernie vésicale ne s'observe guère que chez les femmes qui ont eu des enfants et qui ont été ainsi soumises aux causes qui tendent à diminuer la résistance des parois vaginales.

Cependant le prolapsus de la vessie pourrait quelquefois être primitif (Scanzoni) et résulter des contractions irrégulières des fibres du corps de la vessie, alors que l'orifice externe est fermé. L'urine serait refoulée vers le fond, cette partie se dilaterait et le prolapsus serait constitué.

La tumeur se présente à la vulve, du côté de la paroi supérieure du vagin, avec les mêmes caractères que dans le prolapsus simple.

L'accumulation et la décomposition de l'urine dans le diverticulum vésical déterminent des phénomènes de cystite.

Le *diagnostic* est facile à faire : une sonde introduite par l'urèthre vide la tumeur de son contenu et peut être immédiatement sentie à travers la paroi vaginale antérieure.

## b. RECTOCÈLE.

La *rectocèle* ou hernie rectale se produit de la même manière que le prolapsus de la vessie. La paroi antérieure du rectum, n'étant plus soutenue par la paroi postérieure du vagin, est entraînée par elle, se laisse attirer en avant, se dilate et forme une poche qui s'élargit de plus en plus et vient faire saillie à la vulve. La tumeur ainsi formée peut atteindre le volume du poing.

Les matières fécales s'accumulent dans ce diverticulum rectal, s'y durcissent, deviennent irritantes, et leur présence détermine de l'inflammation, de l'écoulement, du ténesme, de la constipation et des hémorrhoides. Le diagnostic se fait facilement à l'aide du toucher rectal et par l'évacuation de la poche par de grands lavements.

## c. ENTÉROCÈLE.

L'*entéro-cèle* ou hernie entéro-vaginale consiste en une descente d'une portion de l'intestin dans le canal vaginal. La hernie se forme en général entre le rectum et le vagin, tout à fait exceptionnellement entre l'utérus et la vessie. La tumeur se présente à la vulve ; elle est piriforme, sonore à la percussion, réductible avec gargouillement caractéristique, quelquefois animée de mouvements péristaltiques.

Dans quelques cas, une forte masse poussée dans le vagin peut mettre obstacle à l'accouchement, qui n'est possible qu'après la réduction.

Des troubles digestifs, des vomissements, de la constipation et du météorisme peuvent être la conséquence de l'entéro-cèle vaginale.

**Traitement du prolapsus simple et des hernies du vagin.**

— Le prolapsus aigu sera réduit immédiatement par la pression des parties et leur refoulement vers l'axe du détroit inférieur, après avoir eu soin de vider le rectum et la vessie et de placer la femme dans la position genu-pectorale.

Dans le prolapsus chronique, quand le cas est simple et peu prononcé, il peut être amélioré par l'emploi des astringents locaux (injections au tannin, à l'alun, etc.). Du soulagement peut être donné par l'application d'une pelote périnéale soutenue par une ceinture hypogastrique.

Les pessaires, et en particulier le pessaire de Dumontpallier,

peuvent aussi donner quelques résultats, surtout s'il y a complication de cystocèle et de rectocèle et tendance à la chute de l'utérus.

Le plus souvent on est obligé d'intervenir chirurgicalement, quand le prolapsus entraîne une gêne et des douleurs considérables.

Si l'affection reconnaît pour cause une déchirure du périnée, la périnéorrhaphie, et mieux la *colpo-périnéorrhaphie* pourra être pratiquée et mettre fin au prolapsus. Dans le cas de cystocèle, il est nécessaire de rétrécir la paroi vaginale par la *colporrhaphie antérieure*; cette opération et la colpo-périnéorrhaphie doivent souvent être combinées.

L'excision d'un bourrelet de muqueuse, l'application de serres-fines, la cautérisation, ne donnent pas de résultats.

Si l'indication est formelle, il faut oblitérer le vagin par la suture ou mieux rétrécir son calibre par le cloisonnement transversal (Le Fort), opération que nous retrouverons avec plus de détails à propos de la chute de l'utérus.

## AFFECTIONS DE L'UTÉRUS.

### I

#### VICES DE CONFORMATION DE L'UTÉRUS.

Nous ne nous occupons ici que des vices de conformation pouvant présenter un intérêt chirurgical. L'absence de l'utérus, sa *duplicité*, ses *cloisonnements*, ses *arrêts de développement*, etc., sont traités dans les ouvrages spéciaux et seront étudiés avec profit dans la thèse de Le Fort (*Agrégation*, 1865).

Nous signalerons seulement ici l'*imperforation congénitale* de l'utérus. Le col utérin se trouve oblitéré par une membrane plus ou moins épaisse, ou il fait défaut et est remplacé par le tissu utérin lui-même.

Les accidents de rétention des règles qui résultent de cet obstacle à leur écoulement ont été déjà traités à propos des vices de conformation du vagin.

La membrane oblitérante peut se dilater, se rompre et laisser échapper le sang par les voies naturelles, et tous les accidents cessent. Mais si l'épaisseur de la membrane rend cette rupture impossible, l'utérus peut se rompre et verser le sang soit dans la vessie (Béclard), soit dans la cavité abdominale, en donnant lieu à une péritonite généralement mortelle. Le sang versé dans le péritoine peut s'enkyster et plus tard être quelquefois éliminé par une fistule rectale après des phénomènes inflammatoires. Dans quelques cas, le sang restant dans l'utérus se résorbe peu à peu entre chaque époque menstruelle ou se décompose en donnant lieu à des accidents septiques de la plus grande gravité.

Le traitement consiste à pénétrer dans la matrice, soit avec un trocart, soit avec le bistouri, en évitant de léser la vessie, le rectum ou le péritoine. L'utérus sera vidé lentement de son contenu en prenant les précautions antiseptiques les plus minutieuses; l'ouverture sera maintenue béante pendant les premiers temps à l'aide d'un tube à drainage: plus tard, après cicatrisation, elle pourra être dilatée avec une tige de laminaire ou de l'éponge préparée.

### II

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'UTÉRUS

Les *ruptures* de l'utérus au moment de l'accouchement ne sauraient être traitées ici.

Nous signalerons seulement la perforation du tissu utérin par l'hystéromètre dans le cathétérisme de la cavité utérine. Cet accident, qui peut n'occasionner aucun phénomène sérieux (Dupuy, *Thèse de Paris*, 1874), est préparé par le ramollissement du tissu utérin dans la métrite chronique parenchymateuse et dans le cas de polypes. Le tissu peut être, dans cette dernière circonstance, aminci, usé et même détruit.

L'utérus peut être aussi perforé par des instruments piquants dans des tentatives d'avortement (aiguilles à tricoter, sonde à dard, etc.). Une métrite aiguë et une péritonite mortelle sont assez fréquemment la conséquence de ces manœuvres.

On a signalé quelques exemples de plaies de l'utérus par une balle.