

Traitement. Lorsque le renversement de la muqueuse est peu marqué, on le combat par des injections toniques et astringentes, avec une décoction de roses rouges, de racine de bistorte, d'écorce de grenade. Les bains froids et les bains de mer sont d'excellents adjuvants. L'affection est-elle plus avancée, il faut procéder à la réduction de la tumeur, ce qui est en général facile lorsque la tumeur est récente; si la réduction ne s'obtenait pas, on aurait recours aux mêmes moyens que ceux que nous avons indiqués pour la *descente de l'utérus* (p. 1024). La tumeur une fois réduite, il faut la contenir au moyen d'un pessaire en forme de bondon maintenu dans le vagin par l'intermédiaire d'une lame à ressort qui est fixée à une ceinture hypogastrique.

On a tenté de guérir *radicalement* le renversement du vagin, soit en excisant autour de l'orifice vulvaire quelques plis de la muqueuse (Dieffenbach), soit en excisant un large lambeau de la muqueuse sur les parois latérales du vagin et en opérant la réunion immédiate des lèvres de la plaie (Heming).

CHAPITRE IV.

INFLAMMATION DU VAGIN.

ARTICLE I.

Vaginite.

L'inflammation de la membrane muqueuse du vagin a été appelée *vaginite*, *blennorrhagie vaginale*, *catarrhe vaginal blennorrhagique*. Bien qu'elle soit dans le plus grand nombre de cas produite par le contact du pus blennorrhagique de l'homme, pendant les rapports sexuels, des irritations de toute nature peuvent la faire naître; ainsi le séjour de corps étrangers ou de pessaires dans le vagin.

Symptômes. C'est de deux à huit jours après le coït contagieux qu'ils apparaissent. Les malades ressentent du prurit et de la chaleur aux parties génitales, une sensation de cuisson au moment de la miction; la défécation est accompagnée aussi de douleurs. Si on examine les parois du vagin à l'aide du spéculum introduit avec douceur, on trouve la muqueuse rouge, pointillée, avec des érosions superficielles et quelquefois même des ulcérations. Au début, la sécrétion vaginale est claire et blanche; plus tard, elle devient jaune verdâtre et assez abondante pour s'écouler continuellement par la vulve; elle détermine parfois des plaques érythémateuses et des excoriations sur les grandes lèvres et le périnée. Lorsque la vaginite se propage au tissu cellulaire sous-muqueux, qu'elle prend la forme phlegmoneuse, la tuméfaction est plus prononcée et l'entrée du vagin est souvent assez rétrécie pour qu'il soit difficile d'examiner les parties situées plus profondément.

La vaginite se complique quelquefois d'une *urétrite*; celle-ci est carac-

térisée par de besoins fréquents d'uriner et une cuisson au moment de la miction, un écoulement muco-purulent par le méat urinaire facile à constater en exerçant une pression d'arrière en avant sur la paroi inférieure du canal, au moyen d'un doigt introduit dans le vagin. Chez la femme, comme chez l'homme, l'inflammation de l'urètre peut, en se propageant en arrière, envahir le col de la vessie.

La vaginite peut, de prime abord, se présenter à l'état chronique et revêtir une forme que l'on rencontre plus particulièrement chez les femmes grosses, et que Ricord et Deville ont désignée sous le nom de *vaginite granuleuse*. Ce qui la caractérise, c'est que la surface interne du vagin enflammé présente un nombre plus ou moins considérable de granulations analogues à celles que l'on trouve à la surface de la conjonctive dans certaines conjonctivites.

Marche. Terminaisons. Diagnostic. La vaginite aiguë parcourt rapidement les différentes périodes; elle se termine le plus souvent par la guérison; quelquefois elle passe à l'état chronique et persiste en général longtemps sous cette forme. Le diagnostic ne présente pas de difficultés, si on veut bien soumettre les parties malades à une exploration attentive avec le spéculum.

Traitement. On a essayé d'arrêter une vaginite aiguë, au début, par la médication dite *abortive* (voy. *Blennorrhagie chez l'homme*, p. 824). Plus tard, on la combat par les moyens antiphlogistiques, par des injections dans le vagin avec des liquides émoullients; dans le but de favoriser la guérison, on peut, à l'exemple de Hourmann, introduire dans le vagin des tampons de charpie sèche ou une longue mèche de charpie, afin d'isoler les surfaces malades les unes des autres et d'absorber les liquides sécrétés par les parois du vagin. Lorsque la période aiguë est passée, ou que la vaginite se présente sous la forme chronique, on conseille les injections astringentes avec une solution d'alun, d'acétate de plomb ou de sulfate de zinc. Si la maladie persiste, il faut avoir recours à des injections toniques et astringentes, avec une décoction de feuilles de noyer, une infusion de roses de Provins dans du vin rouge. Il est bien entendu que si la vaginite se rattache à un état constitutionnel, à une affection générale, ce serait contre cette modification de l'organisme qu'il faudrait diriger la médication. Le cubèbe et le copahu n'ont aucune efficacité dans le traitement de la vaginite, mais ils sont aussi avantageux dans l'urétrite blennorrhagique chez la femme que dans la blennorrhagie chez l'homme. Nous en avons exposé les raisons, p. 824. Ajoutons que le meilleur moyen de guérir la *vaginite granuleuse*, c'est de pratiquer des injections avec une solution de nitrate d'argent, à la dose de 5 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée.

ARTICLE II.

Rétrécissements et oblitération du vagin.

Les rétrécissements et l'oblitération du vagin sont la conséquence: les premiers d'un épaissement des parois du canal à la suite d'inflamma-

tions; la seconde et les premiers, de dégénérescences cancéreuses de l'organe, d'ulcérations cicatrisées, de déchirures effectuées pendant le travail de l'accouchement, d'injections d'un liquide caustique dans l'intérieur du vagin. On les rencontre plus souvent près de la vulve que dans les autres points. Ils ont une étendue variable et comprennent une partie ou la totalité de la longueur du canal. Les rétrécissements se présentent parfois sous la forme d'une valvule circulaire percée au centre d'une ouverture, ou sous celle d'une valvule semi-lunaire.

Lorsqu'il existe un rétrécissement, il n'en résulte aucun obstacle à l'écoulement des règles; et quoique le coït soit difficile dans de pareilles conditions, la fécondation est possible; mais, dans la dernière période de l'accouchement, le vagin peut être déchiré par le passage du fœtus. Lorsque c'est une oblitération, le sang menstruel s'accumule au-dessus du point oblitéré, et de là des accidents analogues à ceux que nous avons décrits pour l'imperforation du vagin. Il faut ajouter que, si l'oblitération est consécutive au moment de la fécondation, l'accouchement est impossible.

Il est facile de reconnaître un rétrécissement ou une oblitération du vagin par le toucher vaginal, l'inspection de la vulve et le cathétérisme au moyen d'une sonde de femme ou d'un gros stylet introduit dans le vagin. On distinguera le rétrécissement de l'oblitération en ce que, dans le premier cas, le sang des règles continue à s'écouler au dehors, tandis que dans le second il est retenu. Le cathétérisme permet d'apprécier l'étendue en hauteur et le degré du rétrécissement.

Traitement. Pour remédier aux rétrécissements, on dilate le vagin au moyen de mèches de plus en plus volumineuses. Si cette méthode est insuffisante, on incise la partie rétrécie avec un bistouri boutonné, en agissant sur les parties latérales du vagin, pour ne pas intéresser le rectum ni la vessie. Pareille conduite doit être tenue de prime abord si l'on est appelé auprès d'une femme soit à la fin de la grossesse, soit pendant le travail.

En cas d'oblitération, le mieux est de s'abstenir, si la femme a dépassé l'âge critique. Avant la période de la ménopause, si des accidents dus à la rétention des règles se développent, ou si la femme est sur le point d'accoucher, il convient de rétablir la continuité du vagin par une opération analogue à celle que nous avons mentionnée, p. 1064, pour l'absence du vagin.

ARTICLE III.

Fistules du vagin.

Si on veut bien se rappeler que le vagin est en rapport par sa face antérieure avec le bas-fond de la vessie et le canal de l'urètre, par sa face postérieure avec le rectum, on comprendra qu'une communication peut s'établir entre ces diverses cavités; et si cette communication est définitive, au lieu d'être temporaire, il en résultera dans le premier cas une fistule urinaire du vagin, dans le second une fistule stercorale. On a vu quelquefois le vagin communiquer avec la cavité d'une anse d'intestin grêle et conséquemment présenter une véritable fistule intestino-vaginale.

Pour que cette dernière espèce de communication s'établisse, il faut qu'il y ait une déchirure de la partie supérieure du vagin, une inflammation consécutive faisant adhérer aux lèvres de la plaie une anse d'intestin grêle, puis une ulcération des parois de ce dernier. Quand la fistule est établie, il y a continuellement issue, par le vagin, de mucosités ou de matières intestinales. Dans un cas de ce genre, Casamayor convertit la fistule entéro-vaginale en fistule entéro-rectale au moyen de l'artifice suivant: il introduisit l'une des branches d'un entérotome, terminé par une plaque ovalaire, à travers la fistule entéro-vaginale jusque dans le bout d'intestin grêle; l'autre branche, terminée par une plaque semblable dans le rectum. En serrant les plaques l'une contre l'autre, et en les maintenant ainsi, on mortifie la cloison de séparation de l'anse d'intestin grêle et du rectum, ce qui permet ultérieurement à ces deux portions du tube digestif de communiquer l'une avec l'autre.

On ne peut considérer la communication permanente entre la cavité du vagin et celle du péritoine que comme un fait exceptionnel; le plus souvent, cette lésion donne lieu à une péritonite mortelle; il faut donc que les fistules péritonéo-vaginales soient extrêmement rares. Enfin, nous devons simplement rappeler pour mémoire les fistules du vagin communiquant avec un abcès, une tumeur du bassin, qui se sont vidés par ce canal. La question des fistules du vagin reste donc circonscrite dans l'étude des fistules urinaires de ce conduit et dans celle des fistules recto-vaginales. Les fistules urinaires ont été décrites sous le nom de *vésico-vaginales* (p. 868). Il ne nous reste à mentionner ici que les fistules *recto-vaginales*.

FISTULES RECTO-VAGINALES.

Ces fistules sont quelquefois *congénitales* (voy. p. 734); plus fréquemment elles surviennent sous l'influence d'accouchements laborieux, de plaies ou d'abcès, d'ulcérations de la cloison recto-vaginale. Elles présentent des variétés analogues à celles des fistules vésico-vaginales pour l'étendue, la direction et quelques-unes des complications. Elles sont caractérisées par le passage dans le vagin des matières fécales, des gaz ou des liquides du rectum, suivant leur diamètre. Le toucher vaginal et rectal suffisent souvent pour les faire reconnaître, et l'examen à l'aide du spéculum ne saurait laisser le moindre doute dans l'esprit.

La *cautérisation* avec le fer rouge ou avec les caustiques, l'*avivement* suivi d'une *suture*, ont été employés. Velpeau a proposé de boucher la perte de substance de la cloison recto-vaginale à l'aide d'un lambeau taillé aux dépens de la grande lèvre. Jobert a pratiqué avec succès l'avivement des bords de l'ouverture, la réunion par la suture entre-coupée et des *incisions* sur les côtés de la fistule parallèlement à la direction de cette dernière pour en relâcher les bords. Quand la fistule est récente, on peut essayer de la guérir par le *tamponnement* simultané du rectum et du vagin.