

La *suture* (uréthroraphie) varie selon les circonstances. On a employé les différents procédés de suture, entrecoupée, entortillée, etc. Le procédé de Dieffenbach, suture en bourse, consiste à passer circulairement un fil autour de l'orifice fistuleux, de manière qu'en tirant sur les deux chefs, on détermine le plissement de ses bords et leur accolement. Il faut bien mettre en rapport les surfaces avivées, et laisser une sonde à demeure pour empêcher le passage de l'urine par la fistule.

L'*autoplastie* (uréthroplastie) est la bonne méthode de guérison de ces fistules. On varie les procédés selon la disposition de la fistule. Le meilleur consiste à aviver le pourtour de la solution de continuité, à adosser les deux surfaces saignantes, et à faire ensuite, de chaque côté, une incision longitudinale intéressant la peau et le tissu sous-cutané, afin de favoriser le rapprochement et la réunion consécutive, pendant la durée de laquelle une sonde à demeure est maintenue dans l'urèthre. On a pratiqué aussi l'*autoplastie par dédoublement*, dans laquelle on fait en avant et en arrière de la fistule deux incisions transversales qui permettent de disséquer et de séparer la peau des parties sous-jacentes. La peau, une fois décollée, glisse facilement et permet de rapprocher sans tiraillement les surfaces préalablement avivées.

Souvent, pendant le cours du traitement, l'urine passe à travers les lèvres de la fistule, et la guérison demeure incomplète; quelquefois même le résultat est nul. Pour éviter cet inconvénient, on a proposé de pratiquer au périnée une *boutonnière* destinée au passage des urines pendant toute la durée de la cicatrisation de la fistule. De la sorte, l'urèthre demeure libre, et rien ne s'oppose à l'oblitération de l'orifice anormal. La boutonnière périnéale se ferme ensuite, à la manière de la plaie qu'on pratique pour l'opération de la taille. Cette opération a donné d'excellents résultats.

NEUVIÈME PARTIE

MALADIES CHIRURGICALES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Nous passerons successivement en revue : 1^o les maladies de la *vulve*; 2^o celles du *vagin*; 3^o celles de l'*utérus*; 4^o celles des *annexes de l'utérus*; 5^o les *fistules urinaires* chez la femme.

ARTICLE PREMIER

MALADIES DE LA VULVE

1^o La vulve peut être le siège de *vices de conformation*, de *lésions traumatiques*, *inflammatoires* et de *nutrition*. On peut aussi y observer des *affections nerveuses*.

Vices de conformation.

Les vices de conformation consistent en *occlusion complète* ou *incomplète de la vulve*, *hypertrophie des petites lèvres* et du *clitoris*.

Dans l'**occlusion complète**, la vulve fait absolument défaut; on n'en trouve aucune trace. Si l'oblitération est accidentelle, il faut chercher à rétablir l'orifice normal. Si l'absence de la vulve est congénitale, on doit chercher à reconnaître s'il y a en même temps absence du vagin, ou si celui-ci est seulement imperforé. Dans le premier cas, il faut s'abstenir de toute opération; dans le second, rétablir la continuité du conduit vaginal.

L'**occlusion incomplète** peut être accidentelle comme la précédente. Elle reconnaît souvent pour cause une sorte de valvule formée par le développement exagéré des grandes lèvres. Une simple incision suffit pour rendre à la vulve ses dimensions normales.

L'**hypertrophie des petites lèvres**, qui est normale dans certaines races, atteint rarement, dans nos pays, de grandes proportions. Si toutefois ces replis acquerraient un développement assez considérable pour causer de la gêne et des douleurs, soit pendant la marche, soit par suite de l'inflammation de leur surface, on pourrait en faire l'ablation. Cette

opération est très-simple : l'écoulement sanguin est assez abondant, mais on le réprime aisément.

L'hypertrophie du clitoris offre plus d'intérêt que celle des petites lèvres. En effet, elle a donné lieu plus d'une fois à des méprises touchant le sexe des sujets qui présentaient ce vice de conformation. Beaucoup de cas d'hermaphrodisme n'étaient, en réalité, que des anomalies de développe-

ment du clitoris, qu'on avait pris pour un membre viril. Nous n'avons pas à faire ici l'histoire de l'hermaphrodisme, qui appartient aux traités de tératologie ; nous ferons seulement observer que la réunion des deux sexes sur un même individu n'a pas encore été anatomiquement constatée. Tantôt, en effet, ce sont les organes mâles qui sont plus ou moins atrophiés, et qui conservent l'aspect qu'ils avaient pendant la vie intra-utérine : le scrotum est alors bifide et représente assez bien la fente vulvaire. En même temps, les testicules peuvent être retenus dans l'abdomen ; la verge est rudi-

mentaire, quelquefois bifide elle-même, ou offrant un des vices de conformation que nous avons signalés en parlant des fistules urinaires congénitales. Lorsqu'elle est très-courte, et que l'urètre s'ouvre à la partie inférieure, près de sa racine, on peut la confondre avec un clitoris. Dans d'autres cas, ce sont les organes de la femme qui affectent une certaine ressemblance avec ceux de l'homme. Les grandes lèvres peuvent prendre un développement excessif, et contenir même les ovaires qui simulent des testicules. Le clitoris peut atteindre des dimensions énormes, et même revêtir

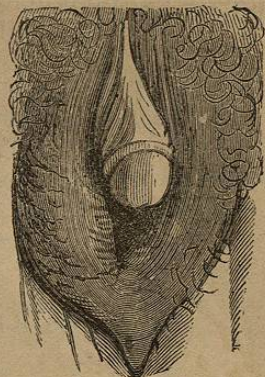


FIG. 61. — Développement excessif du clitoris. — Cet organe, de 5 centimètres de longueur, se termine par un gland à la base duquel se trouve un orifice qui livre passage à l'urine. A droite, la grande lèvre, très-saillante, renferme l'ovaire.

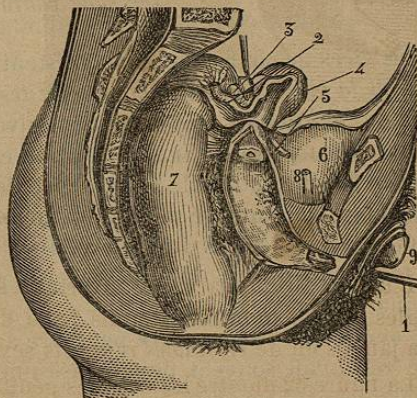


FIG. 62. — Marie-Madeleine Lefort. — Coupe du bassin montrant les organes génitaux.

1. Sonde passant par l'ouverture principale, au-dessous du clitoris. — 2. Ligament large. — 3. Ovaire. — 4. Utérus. — 5. Trompe de Fallope. — 6. Vessie. — 7. Rectum. — 8. Uretère. — 9. Clitoris très-développé simulant un membre viril. (Holmes, *Mal. chir. des enfants*, 1870.)

Le clitoris peut atteindre des dimensions énormes, et même revêtir

l'aspect extérieur de la verge ; nous en donnons un exemple dans la figure 61. Si le vagin est imperforé, l'illusion est plus complète encore. Ajoutons qu'en général les femmes ainsi conformées présentent plusieurs caractères généraux de la virilité, et que, réciproquement, les hommes ont les attributs du type féminin.

La figure 63 représente un hermaphrodite, né en 1799, mort à

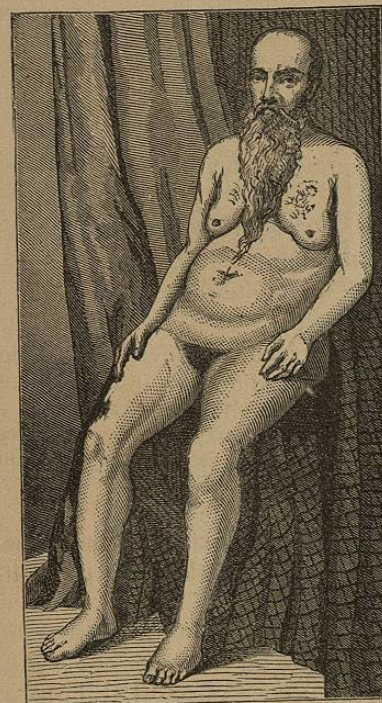


FIG. 63. — Marie-Madeleine Lefort. — Aspect extérieur. (Holmes, *Mal. chir. des enfants*, 1870.)

l'Hôtel-Dieu de Paris en 1864. Il fut examiné pour la première fois en 1815 ; beaucoup de chirurgiens le considérèrent comme étant un homme ; Bécлар soutint l'opinion contraire.

Le sujet était persuadé qu'il était femme ; il éprouvait du penchant pour le sexe masculin. On lui avait donné le nom de Marie-Madeleine.

Elle avait, à 16 ans, un mètre cinquante centimètres et une barbe brune naissante, qui s'est considérablement accrue, comme on peut le voir dans la figure 63. Les mamelles étaient assez développées, la voix était celle d'une femme.

Le pubis était couvert de poils ; il y avait deux grandes lèvres et deux petites lèvres séparées par une fente vulvaire très-superficielle. Le clitoris était volumineux et simulait un petit pénis surmonté d'un gland sans ouverture et creusé d'une gouttière à sa face inférieure.

L'urine sortait par une ouverture située à la racine du clitoris. Les règles se sont montrées depuis l'âge de 8 ans jusqu'à celui de 49. Elle n'a jamais eu de véritables rapports sexuels.

La figure 62 montre les organes génitaux internes de cet hermaphrodite qui était véritablement une femme. On voit une sonde qui a été introduite dans un cloaque commun, donnant passage à l'urine et au sang des règles. Ce cloaque communiquait en haut avec la vessie, en arrière avec un véritable vagin.

Les autres organes étaient sains, les éléments de l'ovaire étaient plus ou moins altérés.

Les autres organes étaient sains, les éléments de l'ovaire étaient plus ou moins altérés.

Les deux figures précédentes et les détails que nous venons de donner sont extraits de la *Chirurgie des enfants* de M. Holmes.

Lorsque l'hypertrophie du clitoris existe seule et n'est liée à aucune autre anomalie des organes génitaux, elle n'offre aucun inconvénient. L'amputation de cet organe, proposée par certains auteurs, est une opération sinon difficile, au moins inutile.

Lésions traumatiques.

Elles consistent en contusion, plaies et ruptures du périnée.

La **contusion** donne quelquefois lieu à un épanchement sanguin assez considérable, *thrombus de la vulve*.

Le thrombus de la vulve s'observe le plus souvent pendant la grossesse ou après l'accouchement. La congestion des organes génitaux externes chez la femme enceinte explique la facilité d'une rupture veineuse, soit par le fait d'une violence extérieure, soit spontanément. Pendant l'accouchement, on comprend facilement comment la tête de l'enfant, gênant le retour du sang par la compression qu'elle exerce sur le canal vulvo-vaginal, peut déterminer un semblable accident. Le thrombus peut se produire aussi en dehors de la grossesse. C'est un épanchement sanguin analogue à ceux qu'on observe à la suite de toutes les contusions, mais qui en diffère par son développement plus rapide et par les grandes proportions qu'il acquiert. Ces deux particularités s'expliquent par la laxité du tissu cellulaire des grandes lèvres et par leur richesse vasculaire.

Symptomatiquement, le thrombus de la vulve est caractérisé par une tumeur qui occupe, en général, les grandes et les petites lèvres et l'entrée du vagin, mais qui peut s'étendre au périnée et au pubis. Elle peut atteindre un volume considérable; elle est molle, fluctuante, violacée; l'ecchymose s'étend souvent à une grande distance. Cet épanchement sanguin provoque de très-vives douleurs, qui s'irradient à l'utérus, au périnée, à l'anus. Ces douleurs se manifestent presque constamment. Jointes au mode de début de la maladie, à la rapidité de son évolution et à ses caractères objectifs, elles feront facilement distinguer les thrombus des différentes tumeurs de la vulve.

Tantôt le sang se résorbe; tantôt les parois du foyer sanguin se rompent, et le liquide s'écoule; plus fréquemment le thrombus se termine par suppuration; dans ce cas, il faut ouvrir l'abcès. La gangrène est rare.

Lors même que la suppuration n'est pas encore établie, l'incision de la tumeur doit être pratiquée toutes les fois qu'elle est volumineuse; car, dans ce cas, on ne peut guère en espérer la résolution.

Les **plaies** de la vulve ne présentent rien de particulier.

La **rupture du périnée** s'observe au moment de l'accouchement. Elle peut n'intéresser que la fourchette ou bien entamer plus profondément le périnée, et même s'étendre jusqu'à l'anus, de manière à réunir cet orifice à la vulve. On a observé quelquefois la rupture *centrale* du périnée.

La première variété n'est pas grave et peut guérir spontanément; dans la seconde, il faut appliquer immédiatement quelques points de suture, ou des serres-fines, qu'on laisse en place pendant trois ou quatre jours. On doit agir de même quand la rupture est complète et occupe toute l'étendue du périnée; mais, dans ce dernier cas, il est fréquent de voir le traitement immédiat échouer. Alors, on attend que les suites de couches soient passées, et on pratique la *périnéoraphie*. On avive les bords de la solution de continuité, et on réunit par deux sutures, l'une profonde, *enchevillée*, l'autre superficielle, à *points séparés*, pour la peau et la couche sous-cutanée seulement.

Lésions inflammatoires.

L'**érythème** de la vulve, caractérisé par une rougeur vive accompagnée de cuisson, l'**eczéma**, maladie de peau souvent très-rebelle, et l'**érysipèle**, ne sont pas du domaine de la chirurgie.

Les **abcès de la grande lèvre** sont furonculeux ou phlegmoneux.

Des *furuncles* se montrent dans la grande lèvre comme dans les autres régions du corps; ils ont pour siège la face externe ou cutanée de la grande lèvre.

Les *abcès* peuvent être *superficiels* et siéger sous la peau de la grande lèvre; ils sont de courte durée et ne présentent rien de particulier. Il n'en est pas de même des profonds, qui constituent les véritables abcès de la grande lèvre; ceux-ci sont déterminés par l'inflammation de la glande vulvo-vaginale; on peut observer, dans quelques cas, l'inflammation isolée du conduit de la glande. Ce sont ces abcès que nous décrivons.

Causes. — On les observe chez les jeunes femmes, et principalement chez les nouvelles mariées. Ils sont dus aux excès du coït et à la disproportion qui existe entre le volume du pénis et les dimensions de l'ouver-

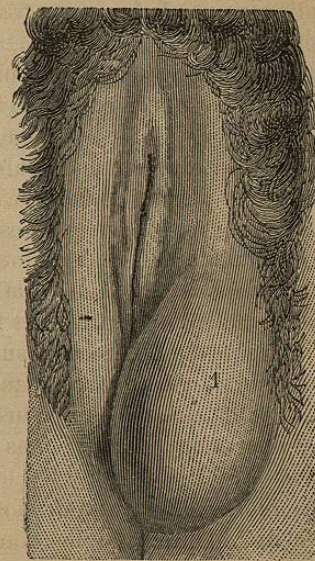


FIG. 64. — Abscès de la grande lèvre.

ture vaginale. Plus rarement, ils sont occasionnés par une contusion, la malpropreté, la vaginite, etc.

Symptômes. — Douleur parfois extrêmement vive. Tuméfaction de la moitié inférieure de la grande lèvre, qui forme une tumeur chaude, rosée, plus ou moins arrondie, et pouvant atteindre le volume d'un œuf (fig. 64). Lorsqu'on introduit le doigt dans le vagin, on sent, sur l'un des côtés de l'ouverture, une masse dure qui proémine vers la cavité vaginale. On constate la présence de la tumeur inflammatoire en prenant la partie inférieure de la grande lèvre entre le pouce et l'index. Si l'abcès est déjà formé, on peut percevoir la fluctuation.

Si l'inflammation est violente, il peut exister des symptômes généraux.

L'abcès de la grande lèvre se termine presque constamment par suppuration.

Traitement. — Dès que la fluctuation est évidente, il faut donner issue au pus. Il est préférable d'ouvrir l'abcès du côté de la peau. Lorsque l'abcès s'ouvre du côté de la muqueuse, il reste une ouverture fistuleuse entretenue par les liquides irritants qui s'écoulent de la cavité vaginale. Si cette ouverture spontanée survenait, il faudrait enfoncer une sonde cannelée vers la partie déclive du foyer et transformer l'orifice fistuleux en une large ouverture.

La **folliculite vulvaire** est l'inflammation des petites glandes muqueuses disséminées dans la vulve.

La maladie débute par une *éruption* de petites saillies rouges, qui s'accompagnent d'un prurit très-vif. Elles se développent de préférence sur les grandes lèvres; les petites peuvent aussi être atteintes; on a vu l'éruption s'étendre aux parties voisines, aux cuisses, au périnée. A l'éruption, qui dure quelquefois assez longtemps, succède la période de *suppuration*. Le follicule est rempli d'un mélange de matière sébacée et de pus; il est le siège d'un phénomène analogue à celui de la suppuration des glandes pilo-sébacées dans le furoncle. Bientôt le pus s'écoule au dehors; on voit quelquefois les bords de l'orifice qui lui donne passage s'ulcérer, et se recouvrir de croûtes jaunâtres.

La troisième période est celle de *dessiccation*. La sécrétion du pus se tarit; les follicules reprennent leur volume normal. Il est fréquent d'en voir quelques-uns qui, au lieu de suppurer, s'indurent. La durée de cette induration peut être très-longue.

La folliculite vulvaire se développe surtout chez les femmes enceintes. Elle n'offre aucune gravité; cependant elle peut déterminer des abcès et des adénites. Des bains, des lotions émollientes, et surtout des soins de propreté minutieux, la font généralement disparaître.

On rencontre encore, à la vulve, le **chancre mou** et le **chancre induré**, qui ne diffèrent pas dans l'un et l'autre sexe. On y voit aussi des **végétations** analogues à celles que nous avons décrites chez l'homme. Elles atteignent quelquefois un développement considérable,

au point de masquer en partie l'orifice vulvaire. Elles s'étendent fréquemment à l'anus et à la partie interne des cuisses. Il faut en faire l'ablation avec des ciseaux courbes.

Lésions de nutrition.

L'**éléphantiasis**, ou **esthiomène** de la vulve, est analogue à l'éléphantiasis du scrotum chez l'homme.

Les parties sont beaucoup plus développées qu'à l'état normal; en même temps la muqueuse a perdu tous ses caractères, elle a pris ceux de la peau. Elle est dure, épaisse, rugueuse, recouverte çà et là de saillies, de mamelons d'une très-grande consistance, quelquefois ulcérés. Cette hypertrophie avec induration des replis muqueux qui constituent la fente vulvaire, peut produire le rétrécissement de l'entrée du vagin et celui de l'orifice urétral. La maladie peut aussi envahir la face interne des cuisses: le périnée, le mont de Vénus; c'est l'esthiomène *serpigineux*. On connaît deux autres variétés: l'esthiomène *perforant*, qui détruit les parties malades en y creusant une cavité plus ou moins profonde, et l'esthiomène *hypertrophique* (Huguier).

Cette affection présente une extrême gravité; on n'en peut guère triompher qu'au début par l'excision des parties malades, alors qu'elles n'ont pas encore atteint un développement excessif.

Les **kystes** des grandes lèvres occupent la partie supérieure ou la partie inférieure de ces replis.

Les premiers se développent aux environs du ligament rond, soit dans le canal de Nuck communiquant encore avec le péritoine, par suite d'une disposition anormale, soit dans ce même canal incomplètement oblitéré. Il y a là, on le voit, une frappante analogie avec l'hydrocèle simple et congénitale. Ces kystes peuvent également prendre naissance dans un ancien sac herniaire déshabité.

Les kystes de la partie inférieure des grandes lèvres sont plus fréquents que les précédents. Selon M. Huguier, ils se forment aux dépens des acini de la glande vulvo-vaginale, ou de son conduit excréteur dont l'orifice est oblitéré. Il y aurait donc là quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans la genèse de la grenouillette salivaire. On a admis que, dans certains cas, ces collections liquides peuvent être le résultat d'un épanchement sanguin ou se produire dans une bourse séreuse anormale. Leur contenu est transparent, épais, visqueux et filant.

La tumeur est presque toujours unilatérale; elle se développe avec lenteur, et il faut, pour la bien sentir au début, presser la grande lèvre entre deux doigts. Plus tard elle fait saillie à l'extérieur. Recouverte par la muqueuse, amincie et distendue, elle est élastique et fluctuante, indolente à la pression, à moins qu'il n'y ait quelque inflammation du voisinage. Elle est surtout gênante par sa situation et par son volume; elle

devient quelquefois douloureuse après des frottements répétés, des excès de coït, etc.

Ces kystes n'ont aucune tendance à disparaître spontanément; aussi faudra-t-il en faire la ponction; s'il y a récurrence, on pourra les inciser largement et faire suppurer la cavité. Le même traitement est applicable à la première variété de kystes dont nous avons parlé; mais, avant d'opérer ces derniers, il faut toujours s'assurer si le canal de Nuck n'a pas conservé sa perméabilité et s'il ne s'ouvre pas dans le péritoine, comme pendant la vie intra-utérine.

On a rencontré à la vulve, outre les deux affections que nous venons de décrire, quelques autres lésions de nutrition, telles que les **kystes sébacés**, l'**hypertrophie des follicules**, le **cancer** de la vulve et les **corps fibreux** des grandes lèvres. Mais ces maladies sont excessivement rares; on en possède à peine quelques observations; aussi devons-nous nous borner à en faire mention.

Affections nerveuses.

Sous le nom d'affections nerveuses de la vulve on décrit la névralgie vulvaire et le prurit vulvaire.

La **névralgie** de la vulve s'accompagne presque toujours d'une contracture du constricteur du vagin, avec ou sans fissure sur les bords de l'ouverture. Cet état morbide est décrit sous le nom de *vaginisme*. Les rapports sexuels sont impossibles; le membre viril ne peut pénétrer dans le vagin, à cause de la contraction du muscle constricteur et de la douleur excessive ressentie par la femme. Il faut, pour faire cesser cet état spasmodique, commencer par combattre l'affection locale qui souvent lui a donné naissance, telle que vulvite, excoriations, fissures, etc. Si la maladie persiste, on peut inciser la muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux, ou bien faire la dilatation du vagin.

Le **prurit vulvaire** est une vive démangeaison qui pousse sans cesse la femme qui en est atteinte à porter les mains vers les organes génitaux, pour calmer la douleur. Il se rencontre souvent chez les femmes qui ne prennent aucun soin de propreté; quelquefois, il accompagne l'eczéma de la vulve. Dans d'autres cas, c'est une simple hypéresthésie, ayant son siège sur les extrémités des nerfs sensitifs.

ARTICLE DEUXIÈME

MALADIES DU VAGIN

On peut observer dans le vagin : des *vices de conformation*, des *inflammations*, la *chute du vagin*, des *kystes*, des *polypes*, des *fistules*. Les *plaies* et les *corps étrangers* ne méritent pas une description spéciale.

Vices de conformation du vagin.

Le vagin s'ouvre quelquefois dans le rectum ou dans la vessie; dans ces cas, la vulve est oblitérée, ou il n'en existe aucune trace à l'extérieur. Lorsque, à l'époque de la puberté, la menstruation s'établit, le sang des règles s'écoule par l'urèthre ou par l'orifice anal.

Le **cloisonnement** du vagin coïncide la plupart du temps avec la bifidité de l'utérus. La cloison, plus ou moins étendue, est verticalement dirigée, et divise ce conduit en deux conduits secondaires, l'un droit et l'autre gauche.

Le **rétrécissement** est un vice de conformation moins rare que les précédents. En effet, il n'est pas seulement congénital; on peut l'observer aussi à la suite de certaines lésions inflammatoires, surtout de celles qui ont eu une longue durée et qui ont profondément intéressé les parois du vagin. On la traite par la dilatation; l'éponge préparée peut rendre, dans ce cas, de grands services. Il faut, autant que cela est possible, préférer la dilatation progressive à l'incision.

L'**imperforation** est causée par la membrane hymen, qui, au lieu d'être percée d'un orifice, comme à l'état normal, ferme complètement la cavité du vagin. Cette anomalie, qu'il est facile de constater par l'examen des organes génitaux, n'offre pas de gravité. On en triomphe aisément par l'incision de l'hymen. Nous signalerons seulement un accident qui peut compliquer l'imperforation du vagin : nous voulons parler de la rétention d'urine. On comprend aisément son mécanisme, si l'on réfléchit que le sang menstruel, ne trouvant pas d'issue, s'accumule dans le vagin, où il finit par former une tumeur assez considérable pour comprimer le canal de l'urèthre.

L'**absence** du vagin accompagne le plus souvent celle de l'utérus. Il est évident que, dans un cas semblable, il n'y a rien à faire. Mais, lorsque l'utérus existe, le vagin, en général, ne fait pas complètement défaut; il est seulement oblitéré dans une plus ou moins grande partie de son étendue. Une semblable disposition, outre l'obstacle qu'elle apporte à l'exercice des fonctions génitales, peut encore être la cause d'accidents graves au moment où les règles s'établissent. Il s'agit alors de créer un vagin artificiel. On commence par reconnaître exactement l'état et la situation de l'utérus, de la vessie et de l'urèthre, par le toucher rectal combiné au cathétérisme; on cherche, par le même procédé, à apprécier, autant qu'il est possible, l'existence et l'étendue du vagin anormal, l'épaisseur de la partie oblitérée entre l'urèthre et le rectum; ensuite on incise couche par couche la peau, puis les parties profondes, en commençant l'incision au-dessous du méat urinaire. Il faut conduire l'instrument avec beaucoup de précaution; car la blessure