pas les considérer comme appartenant au tableau morbide du vaginisme. Cependant, lorsque l'utérus est abaissé et fixé dans sa position vicieuse par des adhérences périmétriques, le coït peut devenir douloureux au point de déterminer des spasmes aussi intenses que ceux que l'on observe dans le cas de vaginisme.

Dans ces conditions, de même que dans la variété de vaginisme décrite plus haut, le spasme musculaire peut faire défaut, ou tout au moins ne survenir que longtemps après le début de la maladie.

D'autres fois, il n'existe pour ainsi dire pas d'hypéresthésie à l'entrée du vagin, bien que les crampes musculaires soient tellement intenses que l'introduction du doigt est absolument impossible. Ces cas sont plutôt de nature psychique ; on les observe chez des femmes exaltées et ils n'ont rien à voir avec les irritations traumatiques de l'entrée du vagin. On rencontre parfois cette variété de vaginisme chez des femmes vierges ; il suffit alors de la simple approche du doigt pour produire le spasme des groupes musculaires que nous avons cités plus haut. Lorsqu'une semblable personne vient à se marier, tout rapprochement peut être impossible et le vaginisme survenir, sans qu'aucune douleur ait existé au préalable.

L'absence de sensibilité douloureuse est encore plus remarquable, dans le cas où le passage de l'entrée du vagin s'accomplit sans spasme ni douleur, mais où le releveur de l'anus se contracte après quelques instants de contact, et rétrécit le calibre du canal génital.

Hildebrandt a décrit, sous le nom de *penis captivus,* les cas où le membre viril est retenu dans le vagin, par les contractions du releveur de l'anus. *Schrœder* a observé une vieille femme, qui avait été forcée, depuis longtemps déjà, de renoncer aux rapprochements sexuels ; l'introduction prudente du doigt se fit sans difficultés, mais tout à coup éclatèrent des spasmes du releveur de l'anus d'une intensité telle que la malade jeta des cris de douleur.

Dans ces cas d'excitation psychique et de nervosisme, il faudra s'efforcer de modérer l'excitabilité morbide par des bains, par le séjour en plein air, par un régime approprié, par le bromure de potassium, etc. Mais ce traitement n'est pas toujours suivi de succès.

4. NÉOPLASMES DU VAGIN

KYSTES DU VAGIN

Étiologie et anatomie. — L'origine des kystes vaginaux est encore fort obscure. Les kystes par néoplasie dans le tissu conjonctif ne se

produisent probablement qu'à la suite de fortes contusions compliquées d'épanchements sanguins.

Bien que cette provenance ne soit pas encore définitivement fixée, certains kystes du vagin sont dus probablement, ainsi que *Veit* le prétend, à une dilatation des canaux de *Gärtner*, c'est-à dire des canaux d'excrétion des reins primitifs. Il a été démontré péremptoirement dans ces derniers temps, que les conduits de *Gärtner*, c'est-à-dire les canaux excréteurs des corps de *Wolff*, persistent chez la femme. Ces conduits se présentent sous la forme, soit de canaux tapissés d'épitélium cylindrique, soit sous forme de travées musculaires dépourvues d'épithélium ; ils partent du corps de l'utérus, traversent le col et longent le canal vaginal. *Klein* a pu poursuivre ces conduits jusqu'à l'hymen chez des nouveau-nés du sexe féminin. L'ouverture de sortie de ces canaux n'est pas encore trouvée. On a maintes fois décrit dans ces derniers temps de petits canaux, s'abouchant tout près de l'orifice externe du canal de l'urèthre ; mais ces conduits ont une tout autre signification (1).

Il n'est guère douteux que les conduits de *Gärtner*, tapissés d'épithélium, puissent dégénérer en kystes vaginaux, mais on ne connaît cependant encore rien de certain sur la fréquence de cette dégénérescence. Eu égard à leur origine embryonnaire, ces kystes doivent siéger à la partie supérieure et latérale du vagin et pénétrer profondément dans le tissu cellulaire pelvien. *Routh* a relaté quelques cas instructifs de kystes vaginaux et parovariques existant simultanément : il croit pouvoir les rattacher aux conduits de *Gärtner*. Ouverts par le vagin, ces kystes peuvent donner lieu à un écoulement continu de liquide.

Certains kystes du vagin sont dus à coup sûr à un développement rudimentaire unilatéral du vagin. (Voir page 60).

Une autre catégorie de kystes vaginaux doit, selon tout apparence, son origine à des dépressions de la muqueuse vaginale en forme de culs-de-sac glandulaires. D'après les recherches de *von Preuschen* et de *Geyl* ces kystes se présenteraient sous deux formes : en premier lieu, sous la forme de cryptes assez larges mais peu profondes et sous forme d'enfoncements en forme de boyaux (2).

Pour peu que l'on ait l'attention fixée sur ces kystes, on reconnaîtra qu'ils ne sont pas aussi exceptionnels que pourraient le faire croire les cas relativement rares rapportés dans la science.

Les kystes vaginaux sont d'ordinaire isolés ; cependant on en trouve

(1) NAGEL, *L. c.*
(2) F. VEIT conteste formellement l'existence de kystes de cette nature (*Virch. Arch.*, Bd. 117).

parfois toute une série de volume variable. Ils siègent le plus souvent à la paroi antérieure ou postérieure du vagin, et vers le tiers inférieur de ce canal. Leur contenu est variable : c'est tantôt un sérum transparent, d'autres fois le liquide en rétention est rougeâtre, brunâtre, couleur de chocalat, même verdâtre et en même temps épais et filant. Leur contenu est même parfois de nature épithéliale, analogue à celui des kystes dermoïdes.

Les parois des kystes sont tantôt épaisses et résistantes ; d'autres fois elles sont fort délicates. La surface interne des kystes est le plus souvent tapissée d'épithélium ; *Ruge* dans les recherches nombreuses qu'il a faites, a toujours rencontré un épithélium cylindrique simple (voir fig. 30).

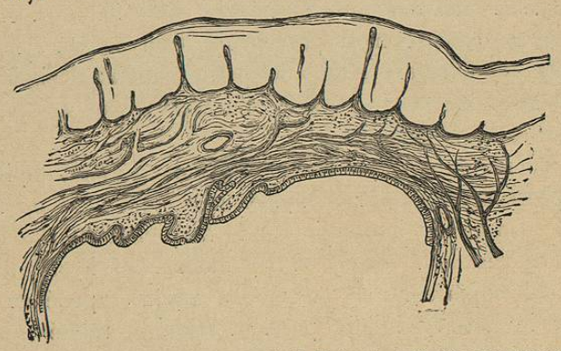

Fig 30. — Coupe de la paroi d'un kyste vaginal. En haut, épithélium pavimenteux du vagin ; en bas, épithélium cylindrique du kyste.

Les petits kystes du vagin ne donnent lieu d'ordinaire à aucun symptôme. Les kystes plus considérables déterminent le catarrhe de la muqueuse ; lorsqu'ils siègent profondément, ils provoquent la sensation que donnent toujours les tumeurs situées à l'entrée du vagin, c'est-à-dire un besoin constant de faire des efforts d'expulsion. Le coït peut être douloureux et même impossible. Il est rare que les kystes acquièrent un volume tel, qu'ils mettent obstacle à l'excrétion des urines ou à l'accouchement.

La marche de cette affection est éminemment chronique ; les kystes du vagin croissent fort lentement et n'acquièrent que très exceptionnellement un volume considérable.

Le diagnostic n'offre pas de difficultés : la fluctuation que présentent ces productions indique la présence d'un liquide. Les kystes du vagin peuvent présenter une assez grande ressemblance avec des kystes de l'ovaire, avec une cystocèle. Mais il suffit alors d'examiner avec soin pour éviter toute confusion.

trouver dans l'endroit rétréci, être fixée et broyée en quelque sorte entre la tête et la symphyse, si la disproportion des parties fœtales et du diamètre sacro-pubien est très considérable. Il s'établit dans ces conditions une communication entre la vessie et la cavité cervicale : *fistule vésico-cervicale*. Le plus souvent, la contusion qui provoque la mort des tissus ne se produit que lorsque des douleurs énergiques ont fait passer l'orifice externe par-dessus la tête du fœtus, et que par conséquent, le vagin correspond à la face postérieure de la symphyse. La fistule produite alors est *vésico-vaginale*.

Il va de soi que la contusion peut entamer le bord de la lèvre antérieure du col et y déterminer un écrasement partiel.

D'après tout ce que nous venons de dire, on comprendra facilement les variétés de fistules uro-génitales que l'on peut rencontrer.

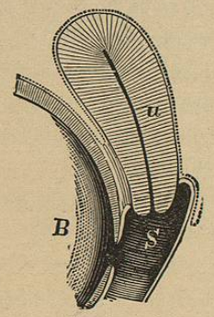

Fig. 31. — Fistule vésico-vaginale
u Utérus, *S* vagin, *B* vessie.

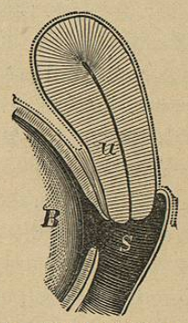

Fig. 32. — Fistule vésico-vaginale avec érosion superficielle du col.

La forme la plus fréquente, c'est la communication entre le vagin et la vessie, la fistule vésico-vaginale. Les fistules uréthro-vaginales sont très exceptionnelles.

La fistule vésico-vaginale siège ordinairement très haut dans le

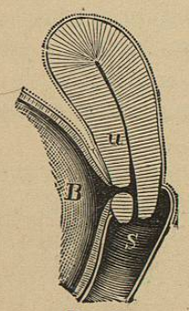

Fig. 33.
Fistule vésico-cervicale.

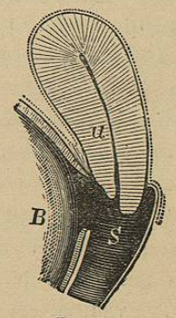

Fig. 34.
Fistule vésico-utéro-vaginale profonde.

cul-de-sac vaginal. Si son élévation est telle que la lèvre antérieure du col, intacte d'ailleurs, en forme le bord postérieur, on considère l'accident comme une *fistule vésico-vaginale-utérine superficielle*. Si la lèvre antérieure du col est également lésée de façon à ce que l'orifice fistuleux s'ouvre à fois dans le vagin et dans le col, on lui donne le nom de *fistule vésico-utéro-vaginale profonde*.

Si l'orifice externe du col est au-dessous du siège de la lésion, le vagin reste intact et l'on a affaire à une *fistule vésico-cervicale*.

Il peut se former encore une autre variété de fistule uro-génitale, lorsque l'urèthre et la vessie étant intacts, un des uretères est ouvert à la suite de la pression. D'après que ce canal communique avec le canal cervical ou avec le vagin, la fistule est dite *urétéro-cervicale* ou *urétéro-vaginale*.

Dans des cas très rares, on a observé chez la femme des fistules recto-vésicales. *Simon* a observé, après un accouchement laborieux, l'occlusion des deux tiers supérieurs du vagin et l'établissement d'une fistule recto-vésicale. Plus fréquemment, cette fistule est due à des abcès paramétritiques qui s'ouvrent à la fois dans la vessie et dans le rectum, *Simpson* a relaté deux cas de ce genre.

Du reste, la perforation de la paroi postérieure du vagin survient dans les mêmes conditions que celle de la paroi antérieure. Je l'ai constatée dans plusieurs cas de fistule vésico-vaginale ; seulement la perforation de la paroi postérieure est protégée et fermée par des adhérences avant que la cavité de Douglas soit ouverte.

La forme des fistules varie d'après les organes qu'elles intéressent.

Les fistules vésico-vaginales présentent généralement une ouverture arrondie, à bords tantôt minces et tranchants ; d'autres fois recoquillés et épaissis. Cette ouverture est le plus souvent arrondie ou ovale, plus rarement semi-lunaire ou en forme de fente. L'étendue de la fistule varie beaucoup. Parfois le pertuis est si étroit qu'on peut à peine le découvrir. Dans d'autres cas, la cloison vésico-vaginale a presqu'entièrement disparu, si bien que les deux cavités n'en font plus qu'une. Lorsque la fistule n'est pas très petite, la muqueuse vésicale fait facilement hernie à travers l'orifice.

Les fistules uréthro-vaginales varient beaucoup également en étendue : depuis un simple pertuis jusqu'à la destruction complète de la paroi postérieure de l'urèthre.

Dans les fistules urétéro-vaginales, l'orifice qui s'ouvre au sommet du cul-de-sac vaginal est toujours fort petit.

La fistule peut se compliquer de rétrécissement et d'occlusion de

l'urèthre, résultant du manque de fonctionnement de l'organe ou des traumatismes qui ont provoqué la fistule.

En même temps, le rétrécissement et l'atrésie du vagin peuvent venir compliquer encore la situation.

Immédiatement après l'accouchement, on n'observe pas de *symptômes* caractéristiques, la fistule n'étant pas encore constituée et l'on n'a à traiter que les manifestations consécutives aux accouchements laborieux et accompagnés de délabrements étendus des parties molles. Il y a de la rétention d'urine, souvent pendant longtemps, mais ce symptôme ne présente rien de caractérisque, car il s'observe fréquemment chez les accouchées et manque assez souvent dans les cas où une fistule se déclare par la suite. L'incontinence provenant de la paralysie de la vessie survient rarement de prime abord.

Le signe propre de la fistule, l'écoulement continu d'urine par le vagin, n'apparaît que lorsque l'eschare est tombée. Or, l'eschare ne s'élimine qu'au bout de quelque temps ; il faut presque toujours trois jours avant que l'écoulement involontaire de l'urine se manifeste.

Il n'est pas rare de rencontrer des cas, où dans certaines positions de la femme, l'urine est retenue dans la vessie, aussi longtemps que ce décubitus particulier est maintenu. Cela provient de ce que les bords de la fistule s'accolent alors intimement. Cela se présente surtout dans les fistules en forme de fente, ou bien dans celles où l'orifice fistuleux est fermé par la paroi postérieure du vagin ou par le col. L'urine peut même parfois alors être évacuée par les voies normales.

Les fistules uréthro-vaginales ont des suites beaucoup moins fâcheuses. L'urine est retenue comme à l'état normal et ce n'est qu'au moment de la miction qu'elle s'écoule par la fistule dans le vagin au lieu de jaillir par le méat urinaire.

Dans les fistules urétéro-vaginales l'urine sécrétée par un des reins est éliminée de la manière ordinaire, tandis que l'urine sécrétée par l'autre, s'écoule goutte à goutte et involontairement par la fistule.

L'écoulement continuel et involontaire des urines est un symptôme des plus pénibles : la malade est toujours mouillée ; la peau de la vulve et des cuisses s'irrite et s'érode. L'odeur urineuse très pénétrante que ces femmes exhalent les force à s'exiler de la société et leur existence est des plus dignes de compassion.

La menstruation (1), chose étonnante, disparaît parfois pendant longtemps et ne revient qu'après l'opération. Les femmes n'en perdent pas pour cela la faculté de concevoir. Il n'est pas rare de les voir

(1) Kroner. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 19. p. 140.

devenir enceintes. L'avortement est fréquent, entraîné par les complications concomitantes. La grossesse peut cependant arriver à terme et se terminer par un accouchement, dont la marche dépend du degré d'angustie pelvienne.

Diagnostic. — Les fistules vésico-vaginales seront faciles à découvrir par un examen attentif. Au simple toucher, on reconnaîtra déjà les grandes fistules. Si l'on prend soin d'introduire un cathéter métallique dans la vessie, le doigt arrive à reconnaître d'assez petites fistules par la sensation de l'endroit où la vessie est perforée. Les fistules sont-elles très petites, il faut appeler à son aide le sens de la vue. On introduira le spéculum de *Simon*, et on explorera, en les déplissant, au moyen du crochet aigu, les plis et replis de la paroi antérieure du vagin. Si l'on ne découvre pas la fistule de cette manière, on injectera dans la vessie des liquides colorés (lait, encre de Chine).

Bien que le diagnostic soit en général facile et que la grandeur, le siège et les différentes particularités des fistules soient aisés à reconnaître au moyen des spéculums de *Simon*, il se peut cependant que dans des cas compliqués, spécialement lorsque le vagin est en même temps rétréci, l'on rencontre de sérieuses difficultés. — Les cas les plus difficiles sont ceux où le vagin se ferme immédiatement derrière la vulve et où la cloison obturatrice est percée d'un ou de plusieurs petits pertuis, donnant passage à de l'urine. L'état de la partie supérieure du vagin et celui de la vessie sont alors très difficiles à déterminer. La matrice, dont il est important de connaître l'état, échappe aussi facilement aux investigations les plus minutieuses. Il se pourrait que le col se soit fermé, chose d'autant plus probable que les règles se sont suspendues. *Schrœder* a trouvé, dans un cas semblable, une cloison vaginale percée de deux orifices qui donnaient de l'urine. L'un de ces pertuis conduisait dans la vessie à travers la partie supérieure du vagin; l'autre menait directement à la vessie. La perméabilité de l'utérus ne put être démontrée qu'après plusieurs tentatives, en faisant pénétrer dans l'orifice externe du col une sonde guidée par un doigt introduit dans le rectum.

Les fistules uréthro-vaginales sont faciles à reconnaître : elles siègent très bas et ne livrent passage à l'urine qu'à des intervalles dépendant de la volonté.

Les fistules vésico-utérines sont caractéristiques par le fait que l'orifice externe livre passage à de l'urine, mais leur siège et leurs autres caractères peuvent être difficiles à découvrir.

Les fistules urétéro-vaginales sont caractéristiques par la direction que prend le cathéter, lorsqu'on les sonde. Il se dirige vers le rein

Lorsqu'on injecte des liquides colorés dans la vessie, il n'en ressort pas par la fistule.

Pronostic. — En général, il n'est point défavorable.

Les fistules récentes guérissent assez souvent spontanément. Lorsque l'eschare s'est détachée, les bords de la ligne de démarcation se mettent à bourgeonner et l'ouverture se comble tout à fait lorsque les circonstances s'y prêtent. Les fistules vésico-utérines présentent plus que d'autres fistules cette marche favorable, leur trajet de communication étant plus long et bourgeonnant par conséquent avec plus d'abondance. La plupart des fistules vésico-cervicales guérissent naturellement.

Dans d'autres cas, il survient une espèce de guérison relative. La cause morbide, qui a produit la fistule, détermine en même temps l'atrésie du vagin au-dessous de l'ouverture fistuleuse. L'urine sort alors en même temps que le flux menstruel par l'urèthre.

Si la fistule est ancienne, la guérison ne survient plus naturellement, du moins s'il s'agit de fistules vésico-vaginales, dont les bords sont minces et tranchants. Cependant, on voit encore parfois les bords se mettre à bourgeonner et se fermer, sous l'influence irritante de l'urine, de quelque calcul ou concrétion urinaire.

De nos jours, le pronostic des fistules, mêmes anciennes, est favorable, si l'on a recours à un traitement chirurgical convenable. Les fistules qui résistent à des opérations réitérées sont des plus rares.

L'habileté et l'expérience du chirurgien entrent évidemment pour beaucoup dans le pronostic de l'opération.

Traitement. — Dans les cas récents, lorsque les bords de la fistule bourgeonnent encore, il faut soutenir les efforts tentés par la nature pour amener la guérison. On laissera donc une sonde à demeure dans la vessie, de façon à éliminer continuellement par l'urèthre l'urine qu'elle contient et à empêcher, autant que possible, sa sortie par la fistule (1).

On peut parfois obtenir la réunion des bords de la fistule en tamponnant le vagin de manière à les accoler intimement.

Lorsque la fistule est ancienne et que les bords en sont entièrement cicatrisés, il faut absolument transformer ceux-ci en plaies récentes. C'est le seul moyen d'arriver à fermer l'ouverture.

On peut le faire de deux manières. On peut, en cautérisant, provoquer un nouveau bourgeonnement, qui remet la fistule dans les conditions de guérison où elle se trouvait après les couches. Plus la fistule est grande et moins elle a de chances de se fermer par bour-

(1) Les sondes à demeure de SKENE, en caoutchouc durci, sont à conseiller.