5. — CORPS ÉTRANGERS DU VAGIN

Les *pessaires* constituent, au point de vue pratique, les corps étrangers du vagin les plus importants. Lorsqu'ils n'exercent qu'une faible compression, ils déterminent la desquamation de l'épithélium vaginal; une compression plus forte amène des ulcérations de la muqueuse. Les pessaires qui exercent une compression prolongée et limitée à un seul point, peuvent provoquer la destruction de la muqueuse et creuser de profonds sillons dans le tissu conjonctif sous-muqueux ; il arrive même qu'un travail de bourgeonnement fixe définitivement un segment du pessaire au milieu des parties molles. On a vu des pessaires, surtout ceux de *Zwanck*, perforer la vessie et le rectum.

La littérature médicale est riche d'observations de corps étrangers, de la nature la plus variée, découverts dans le vagin. Ils ont presque toujours été introduits, tantôt par la femme elle-même, dans un but déréglé, tantôt par une main criminelle. Ce sont des pots de pommade, des étuis à cheveux ou à aiguilles, des verres à boire, des pommes de sapin, des verres, des éponges, etc. *Pearse* rapporte l'histoire d'une bobine qui a séjourné pendant 22 ans dans le vagin d'une femme de 36 ans et qui avait produit une fistule uréthro-vaginale. Cette femme avait été deux fois mariée, sans que cependant le corps étranger eût été découvert. *Schrœder* a trouvé dans le vagin un pot de pommade à côté duquel se trouvait un hanneton! *Bazanalla* a donné des soins à une femme qui portait depuis dix ans un verre à boire dans le vagin. C'était le mari qui, avant de divorcer, l'avait introduit, pour mettre sa femme dans l'impossibilité d'avoir des rapports sexuels.

La présence de ces corps étrangers provoque à la longue des douleurs et un écoulement fétide, sanguinolent. Il se forme parfois au-dessous de ces corps étrangers, une sténose vaginale, qui en rend l'extraction difficile.

Le *traitement* consiste dans l'extraction, parfois fort malaisée, du corps étranger, dans la cautérisation des plaies bourgeonnantes au nitrate d'argent, et les irrigations désinfectantes.

Le *trichomonas vaginalis*, un infusoire que l'on rencontre assez souvent dans le mucus vaginal, n'exerce aucune action morbide.

L'*oxyure vermiculaire* pénètre parfois du rectum dans le vagin. *Schrœder* a observé aussi quelques spécimens d'insectes du genre *pulex*, qui s'étaient égarés dans les culs-de-sac vaginaux.

6. — LÉSIONS DU VAGIN

Abstraction faite des lésions qui se produisent pendant l'accouche-

ment, et de celles qui sont dues à une intervention opératoire, les plaies du vagin sont rares. On a observé des traumatismes étendus du vagin produits par un coup de corne, soit par une chute sur des objets effilés. Dans le cas rapporté par *James* (1), la femme était tombée sur une fourche; celle-ci avait pénétré entre le col et le rectum et avait perforé l'abdomen jusqu'à la hauteur des côtes. La femme guérit. Nous avons déjà mentionné les lésions du vagin produites par des pessaires.

Les plaies du vagin sont le plus souvent consécutives à l'accouchement. Les suites de ces lésions consistent en sténoses considérables et même en atrésies complètes et parfois en d'autres difformités du vagin et de la portion vaginale du col. *Schrœder* a observé un cas où la portion vaginale était séparée du col par une déchirure transversale telle, que le cathéter utérin, introduit dans l'orifice externe, ressortait par la déchirure.

Le *traitement*, dans les lésions récentes, consiste à arrêter l'hémorragie par l'application de pinces ou le tamponnement. Si l'écoulement de sang est insignifiant, on se bornera à faire des irrigations détersives et à remplir le vagin de gaze iodoformée.

Les brides cicatricielles, profondes et adhérentes, qui peuvent parfois occasionner de vives douleurs, seront incisées ou excisées.

Parmi les solutions de continuité du vagin, celles qui offrent l'importance pratique la plus considérable sont les fistules aboutissant aux organes pelviens voisins. Dans le chapitre suivant, je décrirai, outre les fistules qui reconnaissent cette origine, d'autres fistules qui ne sont pas dues à des lésions du canal vaginal.

A. — FISTULES GÉNITO-URINAIRES

Les fistules vésico-vaginales étaient encore rangées, pendant la première moitié de ce siècle, parmi les affections les plus difficiles à guérir. La cautérisation ne donnait que rarement de bons résultats, et l'avivement, suivi de suture, ne réussissait pas, en général, même aux chirurgiens les plus adroits, comme *Wutzer* et *Dieffenbach*. C'est à *Simon* et à *Sims* que nous sommes redevables des premières améliorations décisives introduites dans la technique opératoire. Ces innovations avaient pour principal avantage de faciliter l'accès des fistules. Le grand mérite de *Sims* et les bons résultats de la méthode américaine ne sont pas dûs, comme on le croit généralement en Angleterre et en Amérique, à l'introduction des sutures en argent, mais à l'in-

(1) *Boston gyn., J.* Vol. II, p. 175.

vention de spéculums en forme de gouttières, qui ont rendu possibles un large avivement et une suture exacte. *Simon* a rendu accessibles, par ses spéculums modifiés, les fistules les plus profondes. Cet auteur a si bien perfectionné et simplifié l'avivement, la suture et le traitement consécutif, qu'on ne rencontre plus qu'exceptionnellement une fistule inguérissable. C'est aussi en facilitant l'accès aux fistules que, dans ces derniers temps, *Bozeman* a obtenu des résultats plus parfaits encore par sa méthode préparatoire.

Etiologie. — Les fistules génito-urinaires reconnaissent pour cause, dans la grande majorité des cas, une compression des parties molles, survenue au cours de l'accouchement. Les tissus atteints sont frappés de gangrène et il s'en suit une perte de substance. C'est surtout dans les bassins rétrécis que la compression prolongée et violente des parties maternelles, interposées entre le squelette et le fœtus, peut être suivie de gangrène. L'eschare tombe au bout de quelques jours et établit ainsi la communication entre les organes urinaires et le canal génital. Pareil accident peut s'observer dans un bassin normal lorsque l'enfant est d'un volume énorme ou qu'il se présente par l'épaule ou par le front. La durée de la pression est un facteur important. Une contusion momentanée, même très forte, des parties molles, ne provoque pas facilement la gangrène, tandis qu'une pression continue, beaucoup moins considérable, peut produire des effets désastreux. La constitution de la paturiante a aussi une influence notable. Des femmes jeunes, robustes et saines, peuvent supporter une pression prolongée, tandis que l'on voit les parties comprimées tomber en gangrène très rapidement chez des accouchées vieilles, décrépites, à déchéance physique considérable, mal nourries et dont les tissus sont dépourvus de sève.

Avant l'écoulement des eaux amniotiques, cette pression est minime, attendu que la force expultrice qui agit sur l'enfant est encore faible. Ce sont les accouchements à présentations crâniennes, où le travail se prolonge longtemps après la rupture de la poche, qui produisent le plus souvent les fistules.

D'après ce que nous avons dit plus haut, on comprend que les accouchements naturels donnent le plus fréquemment lieu à des fistules. Il est bien plus rare que l'on doive incriminer des interventions instrumentales. On pourrait même dire que la plupart des fistules sont dues à ce que l'on n'est pas intervenu du tout ou pas assez tôt.

Il est rare que des fistules soient dues à la pression directe du forceps ou du céphalotribe. Pour produire ces lésions la cuiller devrait avoir été ramenée très en avant ou l'opération avoir duré très longtemps. Cependant, les instruments qui compriment le crâne, et le forceps appartient certainement dans certains cas à cette catégorie, peuvent produire des lésions indirectement, car, en diminuant le diamètre transversal du crâne, ils font naître une pression d'autant plus forte sur les parties molles antérieures du bassin. Si le forceps entraîne la tête et si l'extraction ne dure pas trop longtemps, l'exagération passagère de la pression est encore moins désastreuse que ne le serait l'arrêt prolongé de la tête au même endroit. Mais lorsque la manœuvre échoue, et que la tête reste immobile à l'endroit rétréci malgré des tractions forcées, les parties comprimées avant la tentative sont pour tout de bon écrasées.

Les autres causes de fistules sont beaucoup plus rares. Il est exceptionnel de voir survenir des ruptures spontanées ou traumatiques de la cloison uro-génitale. Il se peut que le bord d'une cuiller de forceps plus ou moins distante du crâne de l'enfant incise en quelque sorte les parties. Des esquilles tranchantes peuvent, après une crânioclasie, produire des perforations. Le cathétérisme a parfois produit des perforations. J'ai observé une fistule cervico-vésicale consécutive à une déchirure profonde du col au moment de l'accouchement. Accident semblable se produira de préférence lorsqu'à la suite d'accouchements antérieurs il existe des cicatrices ou des altérations inflammatoires entre le col et la vessie.

Des affections puerpérales gangréneuses, ou diphtéritiques, produisent parfois des fistules. Les désordres sont alors d'ordinaire très étendus. *Schrœder* a vu un cas reconnaissant certainement cette origine, dans lequel non seulement toute la cloison uro-vaginale et l'urèthre étaient détruits, mais où il s'était produit en outre une fistule recto-vaginale.

Les fistules peuvent être causées aussi par d'autres traumatismes, une chûte sur un corps pointu, ou bien par des manœuvres chirurgicales telles que l'ouverture d'une hématrométrie, ou une colporrhaphie antérieure.

Les pessaires et les calculs vésicaux peuvent amener la perforation des cloisons génito-urinaires. *Simon* (1) a opéré une petite fille de 8 ans d'une fistule étendue, produite par un calcul vésical.

Il est rare que des abcès paramétriques, en s'ouvrant à la fois dans les deux cavités, établissent une communication entre elles.

Exceptionnellement, des ulcérations de la paroi vésicale peuvent causer la perforation du vagin. *Schrœder* a observé un cas d'ulcère perforant de la vessie, au cours duquel il put voir se faire, presque sous

(1) *Arch. f. klin. Chir.*, 1870, XII, p. 473.

ses yeux, la perforation. Depuis longtemps la malade présentait du ténesme, et l'examen des urines révélait la présence d'albumine, de pus et de sang. Peu après, la mort survint en pleine cachexie; l'autopsie ne put être faite. L'ulcération de la muqueuse vésicale débute par un point circonscrit et s'accompagne des symptômes du catarrhe vésical, et surtout de ténesme atroce. Elle finit par détruire presque toute la muqueuse de la vessie. Dans les cystites anciennes chroniques, avec hypertrophie de la musculature vésicale, le seul espoir de guérison se base sur le repos complet de l'organe, ce qui ne peut être obtenu que par l'établissement d'une fistule. *Schrœder* a eu recours aussi à ce traitement.

Les fistules dues à l'envahissement du cancer du col sont assez fréquentes. Je n'en parlerai que brièvement.

Les fistules produites par la pression du crâne de l'enfant, pendant l'accouchement, peuvent siéger en des endroits très différents de la vessie et du vagin, d'après les positions respectives de ces parties au moment où la lésion s'est produite. C'est à cela et non à la différence de hauteur du siège de la pression qu'il faut attribuer la grande variété que l'on observe dans la disposition des fistules uro-génitales.

Presque toujours la pression s'exerce contre la partie postérieure du bord supérieur de la symphyse et plus encore contre la saillie osseuse qui se trouve à côté de la symphyse. Il est exceptionnel de voir les tissus s'écraser contre d'autres parties de la ceinture pelvienne ou contre les branches des pubis. Quoique l'écueil osseux soit presque toujours le même, les parties molles comprimées varient beaucoup. Il faut attribuer cela aux différences de rapports qu'affectent entre eux la vessie et le canal vaginal au cours de l'accouchement. Chez la parturiante, la vessie se trouve en général contre le rebord supérieur et postérieur de la symphyse, ce qui fait que la fistule est, le plus souvent, vésicale. Il est rare que la vessie remplie s'élève au point d'entraîner le méat urinaire derrière la symphyse. La pression s'exerce alors sur l'urèthre et la fistule est *uréthro-vaginale*.

Il est rare que la vessie soit tellement abaissée que son sommet se trouve au-dessous du point comprimé. En ce cas, il ne peut se faire de fistule urinaire. Si pourtant une pression intense se produit, elle s'exerce sur le péritoine et en amène la perforation.

Les différentes parties du canal génital peuvent aussi pendant l'accouchement affecter des positions variées.

La paroi du corps de l'utérus ne devient jamais le siège d'une fistule, car, au moment de la compression, l'orifice interne se trouve très haut, au-dessus de la symphyse. Mais la paroi antérieure du col peut se

s'agit d'une fistule vésico-utérine superficielle, il faut aviver également la lèvre antérieure du col et il faut la suturer au bord antérieur de la plaie.

Les fistules vésico-cervicales sont très difficiles à opérer; tout dépend de l'accès plus ou moins facile qu'on saura se créer. On peut rendre le champ opératoire parfaitement accessible en abaissant le col et en pratiquant la discision profonde de cet organe.

Dans les cas particulièrement difficiles, *Trendelenburg* pratique la taille hypogastrique, et par l'ouverture faite à la vessie, il avive et il ferme la fistule.

Un autre procédé applicable aux fistules vésico-cervicales a été imaginé et appliqué avec succès par *Woelfler*, *Follet*, *v. Herff*, *Benckiser* et par moi-même. Il consiste à séparer, par voie sanglante, la vessie du col de l'utérus et à réunir séparément l'ouverture vésicale et la fistule cervicale.

Bien que les perfectionnements de la technique et spécialement la méthode préparante de *Bozeman* aient permis de guérir des fistules très étendues, on peut en rencontrer pourtant où la perte de substance est si considérable qu'il est impossible de rétablir le septum vésico-vaginal par une opération plastique. L'opération peut encore devenir impossible, lorsqu'un des bords de la fistule est fixé contre l'os et ne se laisse ni attirer, ni aviver.

En pareille occurrence, on peut faire *l'oblitération transversale du vagin*, d'après *Simon*, dans le but d'arrêter l'écoulement involontaire des urines. Cette opération consiste à réunir, le plus haut possible, mais en tous cas au-dessous de la fistule, la paroi antérieure du vagin à la paroi postérieure, après avivement préalable. Au-dessus de la ligne de suture, on crée donc une cavité, communiquant avec la vessie par la fistule, et dont le contenu (mucus et sang menstruel) s'écoule par la même voie que les urines, c'est-à-dire par l'urèthre. On met ainsi fin à une des suites les plus désagréables qu'entraîne la fistule, si bien que dans les cas où la guérison ne peut être procurée autrement, ce procédé mérite d'être employé.

Cependant, l'oblitération transversale du vagin ne doit pas être mise au même rang que l'oblitération pure et simple de la fistule : la femme ne peut plus concevoir et le coït est difficile. Néanmoins, cette opération peut devenir indispensable lorsque l'état des malades devient insupportable et elle sera d'autant plus satisfaisante que le diaphragme vaginal se trouvera plus profondément, car la cohabitation reste possible et la cavité vaginale, contenant de l'urine, est alors fort réduite.

L'expérience a prouvé que les allégations théoriques, concernant les

troubles que pourraient occasionner la stagnation de l'urine derrière la cloison vaginale et le passage du sang menstruel à travers la vessie et l'urèthre, sont dénuées de fondement.

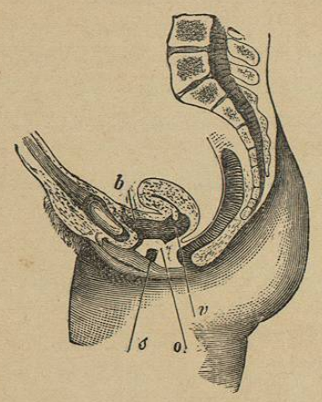

Fig. 35. — Grande fistule vésico-vaginale et oblitération transversale du vagin. *v* Vagin; *b* Vessie. Ces deux organes communiquent par une large fistule. *s* Infundibulum vaginal; *o* Cloison transversale.

Lorsqu'on a affaire à une fistule vésico-utérine inaccessible, on fermera l'orifice externe au lieu de cloisonner le vagin, en suturant, après les avoir avivées, la lèvre antérieure à la lèvre postérieure.

Dans les fistules vésico-utéro-vaginales profondes, où la lèvre antérieure a subi une perte de substance notable, il peut devenir nécessaire d'unir, par des sutures, la lèvre postérieure du col à la paroi antérieure du vagin. Le vagin reste alors parfaitement libre, quoique la conception soit impossible et que les menstrues doivent s'éliminer par l'urèthre.

Lorsque l'urèthre lui-même est complètement détruit et qu'une opération plastique est impuissante à combler la perte de substance, il faut tâcher de rendre la vie supportable à la malade à force de propreté et en lui faisant faire usage d'un urinal. *Rose* (1) a proposé d'établir d'abord une fistule recto-vaginale, puis de fermer la vulve de manière à détourner vers le rectum les urines et le sang menstruel. Le sphincter anal est alors à lui seul chargé de maintenir toutes ces matières. Il est permis de douter de la valeur de cette opération. *Schrœder* a été obligé, après une opération de ce genre, de rouvrir de nouveau la vulve. D'autres en ont pourtant obtenu de bons résultats, au moins au début. Dans ces cas désespérés, *W. A. Freund* conseille d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas, de faire sortir le corps de l'utérus en rétroflexion et de s'en servir pour combler la perte de substance. Une fistule utérine artificielle sert, au besoin, de passage pour le sang menstruel.

La guérison des fistules de l'uretère présente de grandes difficultés. *Landau* (2) a proposé de tenter la cure radicale de cette variété de fistules. Il introduit par le vagin une sonde fine dans le bout supérieur de l'uretère, puis ramène l'extrémité libre du cathéter dans le segment vésical de l'uretère, puis dans la vessie et finalemnt dans l'urèthre. On avive alors les bords de la perte de substance à l'endroit où le

(1) *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* Bd. IX; voir aussi Antal. *Arch. f. Gyn.* Bd. XVI, p. 314.
(2) *Arch. f. Gyn.* Bd. IX, p. 426.

cathéter est à nu et on opère la suture par dessus l'instrument. Lorsque cette tentative ne réussit pas, on incise la vessie, transformant ainsi la fistule urétérine en fistule vésico-vaginale, au bord supérieur de laquelle s'abouche l'uretère. On avive comme à l'ordinaire et on suture, de manière à ne pas comprendre l'uretère dans les ligatures. *Schede* a obtenu de bons résultats par un procédé analogue, mais notablement perfectionné. Il consiste à pratiquer l'avivement à 1/2 ou à 1 cm. ou moins des fistules, de manière qu'après l'application des sutures il se forme entre les fistules un canal muqueux assez large. Cette méthode a donné de nombreux succès, et moi-même j'en ai eu trois. D'autres méthodes ont été imaginées par *Mackenrodt* (1) et par *Duehrssen* (2). Celle de *Mackenrodt* consiste à implanter l'uretère directement dans la vessie; celle de *Duehrssen* s'applique à dédoubler la cloison qui sépare l'uretère et la vessie et à réunir isolément les orifices. Ces deux procédés ne sont applicables que dans les cas les plus favorables.

Si l'on a échoué de toutes manières, on peut établir artificiellement une fistule vésico-vaginale et fermer transversalement le vagin au-dessous de l'orifice fistuleux, — ou bien l'on peut extirper le rein correspondant à l'uretère lésé, d'après la méthode de *Zweifel; Simon* s'était déjà adressé à ce moyen extrême de guérir la fistule uretéro-abdominale.

B. — FISTULES RECTO-VAGINALES

Les communications anormales entre le rectum et le vagin, c'est-à-dire les fistules recto-vaginales, reconnaissent le plus souvent l'accouchement pour cause. Le mécanisme de leur production n'est pas semblable à celui des fistules vésico-vaginales, lesquelles sont dues à une gangrène par compression. Les fistules rectales se produisent surtout lorsqu'après des déchirures périnéales très étendues, intéressant même le septum vagino-rectal, le périnée ne se refait que dans sa partie inférieure la plus charnue, tandis que la paroi recto-vaginale amincie reste béante. *Schrœder* a vu, après l'accouchement, la paroi recto-vaginale perforée en deux endroits, à la suite d'un processus de diphtérie intéressant les couches profondes de la paroi postérieure du vagin. Exceptionnellement, il arrive aussi que, pendant l'accouchement, des instruments perforent le rectum. On a vu aussi des canules de clystères percer le septum recto-vaginal. Il est rare que la

(1) *Z. f. G. u. G.* Bd. 30.
(2) *Kl. V. N. F.*, no 114

fistule recto-vaginale reconnaisse pour cause d'autres traumatismes, tels qu'une chute sur un corps pointu. La perforation peut être due aussi à un pessaire négligé, ou à un abcès des parois vaginales, s'ouvrant à la fois dans le vagin et dans le rectum.

Il peut s'établir des fistules aux dépens de l'*intestin grêle*, lorsqu'à la suite d'une déchirure du cul-de-sac postérieur, une anse intestinale s'est prolabée, est fortement comprimée et se mortifie, — ou bien lorsqu'une anse intestinale, se trouvant dans le cul-de-sac de Douglas, est fortement contusionnée, contracte des adhérences avec la séreuse et s'ouvre ensuite dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Dans le premier cas, il se fait un anus contre nature; dans le second, on a affaire à une fistule.

Les fistules recto-vaginales sont de grandeur très variable. Parfois, elles sont extrêmement petites et ne livrent passage qu'à des gaz. D'autres fois, presque toute la paroi recto-vaginale fait défaut.

Le symptôme caractéristique c'est la sortie des matières alvines par le vagin. D'après le degré d'ouverture de la fistule, les excréments sortent en totalité, ou bien seulement leurs parties liquides. Dans beaucoup de cas, la fistule ne donne passage qu'à des gaz. Les fistules de l'intestin grêle donnent issue à une bouillie d'aliments très liquide, jaune clair.

Cette défécation involontaire entraîne naturellement des conséquences extrêmement désagréables et fâcheuses.

L'exploration se fera de la même manière que pour la fistule vésico-vaginale. D'emblée on découvrira la lésion.

Les fistules de l'intestin grêle se distinguent des fistules rectales par l'absence de lésion du rectum. Ni le sondage, ni les injections dans le gros intestin ne permettent alors de constater une communication avec le vagin. L'évacuation d'aliments en bouillie survenant une à deux heures après le repas est également un signe caractéristique.

Les fistules recto-vaginales récentes peuvent guérir spontanément par bourgeonnement, lorsqu'elles ne sont pas trop étendues. Leur guérison chirurgicale n'est en tous cas pas plus facile à obtenir que celle des fistules vésico-vaginales.

Les cautérisations au nitrate d'argent ou au fer rouge ne sont recommandables que pour de très petites fistules. Lorsque la fistule est quelque peu développée, on tâchera de la rendre accessible et on fera l'avivement et la suture tout comme pour une fistule vésico-vaginale. *Simon* recommande dans certains cas de suturer du côté du rectum. Lorsque la fistule provient d'une déchirure complète du périnée, il

faut fendre celui-ci et pratiquer la périnéorrhaphie. La guérison est alors assurée. *Schauta* et d'autres conseillent de dédoubler les bords de la fistule et d'en faire la suture séparément.

Les fistules de l'intestin grêle seront traitées comme les autres par la cautérisation ou par l'avivement et la suture.