

de brasserie, des rapports masculins avec ses compagnes; il y avait même gagné la syphilis.

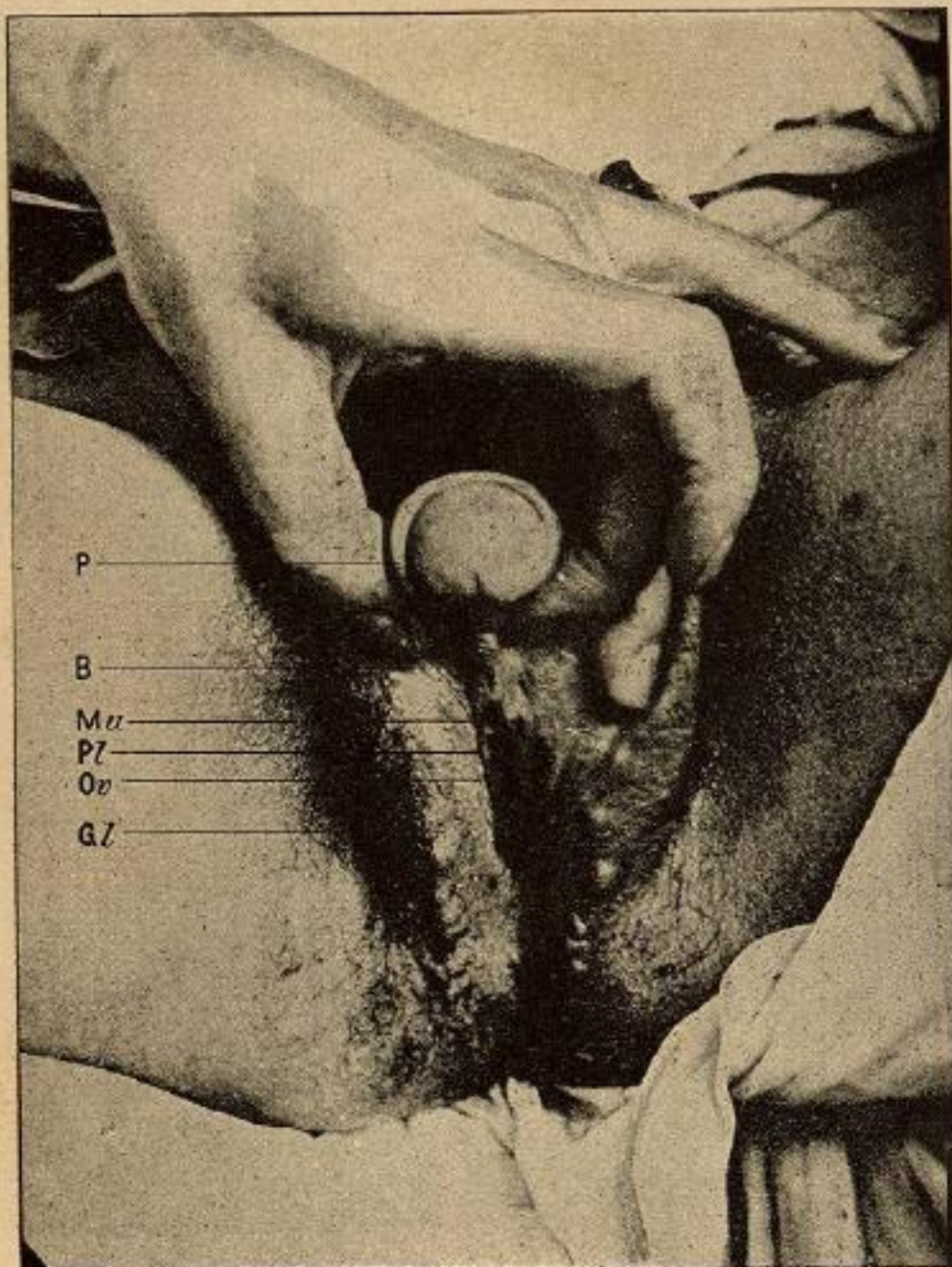


Fig. 38. — Organes génitaux externes. — P, Pénis relevé; B, Bride masculine; Mu, Méat urinaire; Pl, Petites lèvres; Or, Orifice vulvaire; Gl, Grandes lèvres couvertes de syphilides papuleuses (S. Bonnet et Paul Petit).

DIAGNOSTIC. — Pour faire le diagnostic des malformations profondes, on utilisera plus particulièrement, sans que nous ayons à

y insister davantage, le toucher rectal combiné à la palpation abdominale, ou le toucher recto-vésical. Au besoin, on aura recours à l'anesthésie chloroformique.

Les sténoses et atrésies congénitales, ou bien sont incompatibles avec la vie, ou bien donnent lieu à des accidents de rétention (voy. chap. iv), à la dysménorrhée, à la stérilité, comme les sténoses et atrésies acquises (voy. chap. iii).

TRAITEMENT. — En cas d'absence du vagin, on peut être autorisé, soit pour rétablir la communication avec l'utérus, soit simplement pour permettre le coit, à creuser un conduit artificiel (voy. 2<sup>e</sup> partie).

Les cloisons et brides vaginales nécessitent le même traitement que les déformations analogues survenues après la naissance (voy. chap. ii).

L'hypertrophie des lèvres et du clitoris exige parfois l'amputation. Ce qui convient le mieux pour l'imperforation de l'hymen, c'est l'excision de la membrane, suivie de l'application d'un surjet au catgut fin.

A l'hypertrophie cervicale compliquée de sténose, on opposera la résection anaplastique du col qui, tout en raccourcissant l'organe, devra lui donner un orifice plus large.

## CHAPITRE II

### LÉSIONS TRAUMATIQUES ET DÉFORMATIONS DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES ET DU VAGIN.

#### I. — Thrombus de la vulve.

Dénommée encore *hématome*, *hématocèle* de la vulve, cette affection est caractérisée par un épanchement sanguin, infiltré ou collecté dans le tissu cellulaire de la vulve et du vagin.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGENIE. — a. *Causes prédisposantes*. — Bien plus fréquent pendant la grossesse, et surtout à l'occasion du travail, le thrombus s'observe aussi en dehors de l'état puerpéral.

Au cours de cette période, les modifications du sang, la gêne circulatoire, la multiparité, une fragilité congénitale de l'appareil vasculaire, l'étroitesse du vagin, les déformations du bassin, sont autant de *causes prédisposantes* à l'accident en question.

Les primipares sont plus exposées aux épanchements intrapelviens (Perret).

La préexistence de varices n'est pas nécessaire; elles s'accou-



pagnent même rarement d'hématome (2 fois seulement sur 43. Perret) dont la fréquence absolue n'est pas, du reste, très considérable (1 sur 2 000 accouchées).

b. *Causes déterminantes* — Pendant la grossesse, l'hématome peut se produire spontanément; mais, en général, il reconnaît pour cause une violence extérieure ou un effort (toux, vomissements, défécation, ébranlements locaux, voiture, etc.).

C'est au moment du travail qu'il s'observe le plus souvent, sous l'influence d'un froissement, d'un décollement du vagin par la tête fœtale, de la longueur du travail, du volume excessif de la tête, de la brutalité ou de la répétition excessive du toucher, d'une maladroite application de forceps ou des efforts d'expulsion.

À la stase sanguine, à la dilatation avec amincissement des vaisseaux, succède la rupture d'un ou plusieurs de ceux-ci, facilitée par la laxité des tissus. Mais l'épanchement n'apparaît souvent qu'après la délivrance, soit que la pression de la tête fœtale ait déterminé la formation d'un caillot qui se déplace plus tard (Deneux); soit que les parois vasculaires, comprimées et mortifiées, ne se rompent que secondairement (Dubois).

En dehors de la gravidité, le thrombus succède à un traumatisme quelconque: chute sur la vulve, coup de pied, piqûre, morsure, coit brutal, viol répété par plusieurs (cas de médecine légale); plus rarement, à la suite d'un effort: éternement, quinte de toux, vomissement, action de soulever un fardeau, etc., et encore faut-il supposer une altération préalable des vaisseaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'épanchement se fait dans le tissu cellulaire de la grande lèvre, et plus souvent à droite; il peut y rester localisé (thrombus vulvaire proprement dit), ou s'étendre, suivant le plan cellulaire intéressé, au vagin, au périnée, aux fesses, à la face antérieure des cuisses et de la paroi abdominale, dans le tissu cellulaire profond du bassin et même de l'abdomen. Ces cas compliqués sont exceptionnels: l'extension la plus fréquente se fait à la petite lèvre et au côté correspondant du vagin.

Les vaisseaux sont souvent variqueux et amincis et on ne peut généralement trouver sur l'un d'eux qu'une perforation très étroite et unique. Le sang infiltre les mailles du tissu cellulaire ou se collecte dans un dédoublement de la lèvre. D'abord liquide, il se coagule ensuite et les caillots, par résorption du sérum, peuvent acquérir une grande dureté et s'enkyster. C'est ordinairement le sang veineux qui fait les frais de l'épanchement; cependant, d'a-

près les expériences de Perret, il pourrait se mélanger de sang artériel.

La résorption se fait en totalité, ou bien on voit survenir le sphacèle, la suppuration.

À l'ouverture spontanée peut succéder une fistule vagino-périnéale ou vagino-rectale (Lwof).

SYMPTÔMES. — La douleur, due à la distension des tissus, précède souvent l'apparition de la tumeur, et varie de caractères et d'intensité avec la rapidité et l'abondance de l'hémorragie. Elle est ordinairement subite, vive, aiguë, quelquefois sourde, gravative, profonde. C'est au niveau de la grande lèvre qu'elle est perçue avec le plus d'intensité, mais elle peut s'irradier à l'hypogastre, aux régions lombaire, crurale, etc., et s'accompagner de ténésme vésical et rectal, de dysurie, de crampes, de sensations de fourmillement, de rétention de l'urine et des lochies.

La tumeur apparaît rapidement et en même temps que la douleur, ou ne se développe que graduellement, en douze ou vingt-quatre heures; elle peut acquérir le volume du poing, d'une tête de fœtus à terme. Elle envahit la grande lèvre, et forme une masse violacée, quelquefois incolore du côté de la peau et noirâtre ou bleuâtre, du côté de la muqueuse, de consistance élastique ou fluctuante, suivant son degré de tension; elle est arrondie et bien limitée, si elle est de petit volume, ou se diffuse vers le vagin et les tissus voisins. Elle présente parfois le signe de la crépitation sanguine.

L'infiltration peut s'étendre au périnée, aux fesses, aux cuisses, etc., et se révèle par des taches ecchymotiques. La saillie que forme la tumeur dans la moitié correspondante du vagin en comble la lumière et se constate au toucher.

MARCHE ET TERMINAISONS. — L'hémorragie s'arrête et constitue un épanchement localisé; ou bien elle se continue dans la profondeur.

La collection peut se rompre du côté de la muqueuse, sous la poussée progressive du sang épanché, et l'hémorragie qui en résulte peut être mortelle. Enfin il peut y avoir sphacèle limité ou extensif, du fait seul de la tension de la paroi ou du traumatisme générateur, et l'hémorragie se reproduit secondairement. Mais ces éventualités ne sont guère à redouter que dans l'état puerpéral.

Lorsque l'épanchement est modéré, il se résorbe, dans sa partie liquide d'abord, puis par désintégration du caillot; ou bien il se transforme en un kyste de la grande lèvre, dont le contenu offre



les caractères chimiques et microscopiques d'un kyste hémattique.

Les parois de la poche sont-elles contuses et ulcérées, elles peuvent livrer passage aux germes de la suppuration; d'où abcès, phlegmon plus ou moins étendu, septicémie rapidement grave, favorisée par l'état puerpéral et la richesse vasculaire de la région.

DIAGNOSTIC. — Les conditions dans lesquelles apparaît la tumeur (pendant la grossesse ou le travail, à la suite d'un traumatisme, d'un effort), son siège, sa coloration, sa consistance, la rapidité de sa formation, la préexistence de varices, l'hémorrhagie externe qui parfois la complique, etc., ces divers caractères rendent le diagnostic facile et éloignent vite l'idée de *hernie*, de *prolapsus vaginal* ou *utérin*, etc.

PROGNOSTIC. — D'une manière générale, il est subordonné au volume de la tumeur, c.-à-d. à l'abondance de l'hémorrhagie, et à la nature des complications. Il est plus grave dans la période puerpérale, qu'en dehors d'elle; avant l'accouchement qu'après la délivrance. L'hémorrhagie, interne ou externe, primitive ou secondaire, est quelquefois rapidement mortelle. Toutefois les documents de la période préantiseptique (Deneux (1830): sur 62 cas, 22 morts pour la mère, 61 pour l'enfant; Girard (1874), 24 morts sur 120, etc.), n'ont guère de valeur aujourd'hui, étant donnée la rareté de l'infection puerpérale, les perfectionnements de l'hémostase et la hardiesse plus grande de la chirurgie.

Il n'en est pas moins vrai que la tumeur peut être une cause mécanique de dystocie, et qu'un état d'anémie plus ou moins sérieux peut succéder à son apparition.

TRAITEMENT. — a. *Pendant la grossesse* — Attendre et n'intervenir que si le thrombus se rompt spontanément (Charpentier).

b. *Pendant le travail*. — Attendre encore et terminer le plus rapidement possible l'accouchement avec le forceps, de préférence à la version (Charpentier).

c. *Après la délivrance*. — Après la délivrance, comme en dehors de la puerpéralité, n'intervenir que si l'on ne peut espérer la résolution, ou s'il y a imminence ou existence de l'infection.

Dans tous les cas, on essaiera de modérer l'épanchement au moyen d'applications froides et astringentes, de la compression et de l'immobilité.

Si la tumeur est rompue ou en imminence de rupture, si elle s'oppose mécaniquement à l'accouchement, si en raison de son volume, de sa distension, de l'état de ses parois, on ne peut

espérer sa résolution, il faut intervenir: immédiatement, si le danger est immédiat; dès que l'hémorrhagie est arrêtée, et en faisant, au préalable, de l'antisepsie, dans le cas contraire.

Si la tumeur est aseptique et limitée, inciser largement, débarrasser la cavité des caillots, mettre, si l'on peut, des ligatures perdues sur les vaisseaux qui donnent; puis, si les parois de la cavité ne sont pas trop anfractueuses, la fermer, sans drainage, au moyen de sutures profondes et superficielles, ou mieux, avec une suture continue au catgut, à plusieurs plans, qui assurera à la fois l'hémostase et la réunion.

Si la plaie est infectée, ou ses parois sphacélées, la déterger, après incision, aussi largement que possible, au moyen de lavages avec une solution de sublimé au 1/1000 ou d'acide phénique au 1/20, puis tamponner à la gaze iodoformée ou suturer en laissant un drain.

Dans les cas de très larges foyers, on pourrait, qu'il y eût ou non suppuration, assurer le drainage au moyen d'une contre-ouverture pratiquée, suivant les cas, à la fesse, à la cuisse, etc.

## II. — Déchirures du périnée.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Les déchirures du périnée sont très rarement apuerpérales (chute à califourchon, coup de fourche, etc.). Elles reconnaissent pour cause presque exclusive l'accouchement spontané ou les interventions obstétricales. Leur étiologie est donc du ressort de l'obstétrique et doit être recherchée, pour l'accouchement spontané, dans les anomalies du bassin et des voies d'expulsion maternelles, de la force expultrice, ou de la présentation fœtale. Les déchirures, produites pendant les manœuvres obstétricales, sont imputables soit à l'impéritie de l'opérateur, soit à la déféctuosité des instruments. Il en est enfin d'inévitables (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au point de vue de leur profondeur, les déchirures périnéales sont *partielles* ou *complètes* (Gaillard Thomas) et chacune de ces variétés compte deux degrés.

a. *Ruptures partielles*. — A son *premier degré*, la *rupture partielle* est *superficielle* et n'intéresse que la fourchette.

Au *deuxième degré*, elle comprend les tissus sous-cutanés, mais s'arrête au sphincter anal ou n'intéresse que ses fibres superficielles, sans compromettre son action physiologique.

(1) Voir, pour le détail étiologique et la pathogénie: Bonnaire, *Du périnée obstétrical* (Gaz. des hôpitaux, 1891, n° 35).



b. *Rupture complète.* — Dans la *rupture complète*, au premier degré, le sphincter anal est intéressé dans toute son épaisseur, sans participation de la cloison recto-vaginale.

Au deuxième degré (*rupture totale* (Terrillon)) la cloison recto-vaginale elle-même, en même temps que le sphincter, est déchirée sur une hauteur plus ou moins considérable (fig. 29).

On a observé exceptionnellement la déchirure de la cloison

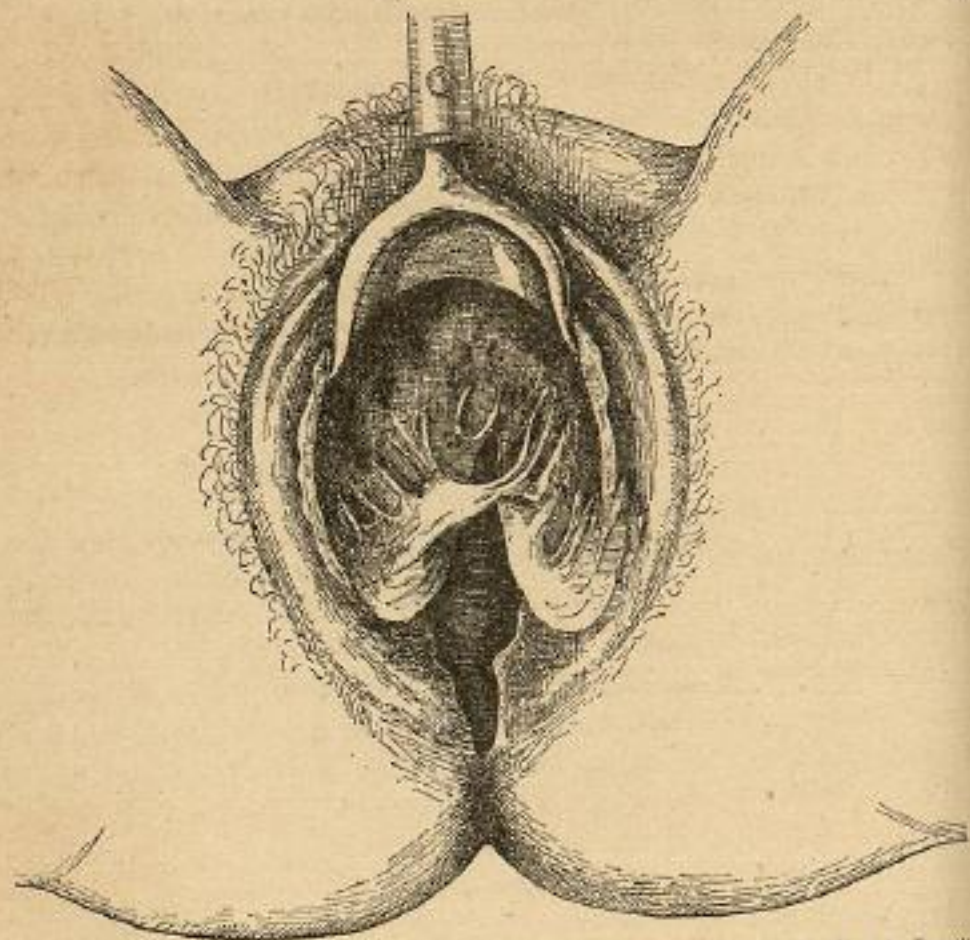


Fig. 29. — Rupture complète du périnée intéressant la cloison recto-vaginale (d'après Pozzi).

et la *rupture centrale du périnée*, avec intégrité de la vulve. Par contre, il n'est pas rare de rencontrer, sans lésion apparente, un *affaiblissement du périnée*, qui semble dû à la paralysie par distension ou à la rupture sous-tégumentaire des muscles de la région.

Dans les déchirures partielles, cicatrisées, la vulve est béante, grâce à l'élargissement de sa commissure postérieure. Le repli cutanéomuqueux de la fourchette est remplacé par du tissu cicatriciel

lisse qui remonte souvent d'un côté ou de l'autre de la colonne postérieure du vagin, à gauche principalement.

Dans les cas de rupture complète, au 1<sup>er</sup> degré, les orifices anal et vulvaire ne sont plus séparés que par la cloison recto-vaginale, sur le bord de laquelle apparaissent souvent des replis de la muqueuse gonflée d'hémorroïdes. Une petite dépression marque parfois, de chaque côté de l'orifice anal, la limite des deux bouts rétractés du sphincter.

Si la déchirure intéresse la cloison recto-vaginale (2<sup>e</sup> degré), elle se présente sous forme d'une fente ogivale allongée, remontant plus ou moins haut, quelquefois tout près du col : ses bords amincis sont attirés, en haut et en dehors, par la rétraction des fibres du releveur. Des brides cicatricielles sont parfois jetées sur elle d'un bord à l'autre (fig. 39). Elle peut encore être bifide à son angle supérieure, épaissie ou déviée par les cicatrices. Les deux cavités, rectale et vaginale, se confondent en un cloaque.

Lorsque les déchirures sont profondes, elles coexistent ordinairement avec des lacérations du col, quelquefois avec des fistules vaginales et, lorsqu'elles sont anciennes, avec la métrite, avec le prolapsus du vagin et de l'utérus.

**SYMPTÔMES.** — Les symptômes subjectifs varient, non seulement avec le degré de la lésion, mais encore avec son ancienneté, avec l'âge de la malade et avec le degré de tonicité de ses tissus. En cas de rupture partielle, la malade éprouve une sensation de béance de la vulve, est moins apte à l'effort, à la marche, et se plaint de douleurs vagues, imputables aux troubles de la statique pelvienne. Les déchirures du périnée sont, en effet, le plus important facteur du *prolapsus génital*, et nous renvoyons à ce chapitre pour l'étude de leur rôle pathogénique et de leurs conséquences éloignées (1).

Indépendamment des troubles secondaires de statique, les déchirures *complètes* s'accompagnent de l'incontinence des gaz et des matières fécales liquides; les matières solides elles-mêmes, s'échappent involontairement, par le cloaque recto-vaginal, lorsque la déchirure intéresse la cloison. Par contre, si quelques fibres du sphincter sont conservées, la malade peut, au repos, retenir gaz et matières; mais le moindre effort suffit à provoquer l'incontinence.

**DIAGNOSTIC.** — L'examen direct permet facilement de reconnaître la lésion et son degré.

Parfois la vulve n'est pas déformée, la fourchette même est con-

(1) Voir livre VII.



servée, et la distance qui la sépare de l'anus semble normale : cependant la malade accuse des sensations de ptose abdomino-pelvienne. Si alors, d'un doigt introduit dans le vagin, on déprime la paroi postérieure, on n'éprouve pas la résistance réactionnelle qu'oppose un périnée normal ; la paroi cède de suite à la pression. De plus il suffit d'introduire l'index dans le rectum et le pouce dans le vagin et de saisir entre ces deux doigts le corps périnéal, pour voir qu'il est réduit aux téguments, que les plans musculaires n'existent plus. Il y a eu *effondrement, affaiblissement du périnée*, sans déchirure tégumentaire.

**Prognostic.** — Indépendamment de la pénible infirmité que constitue l'incontinence des gaz et des matières, en cas de rupture complète, les déchirures du périnée, à tous les degrés, rendent les malades impropres aux travaux fatigants, prédisposent aux inflammations génitales et les entretiennent, favorisent la subinvolution et jouent un rôle primordial dans la pathogénie du prolapsus avec ou sans rétro-déviations.

**Traitements.** — Voir *Prolapsus*, liv. VIII.

### III. — Plaies de la vulve et du vagin.

En raison de leur fréquente association clinique, nous décrirons concurremment les lésions traumatiques de la vulve et du vagin.

**Étiologie.** — a. *En dehors de l'accouchement.* — La *défloration*, consentie ou à la suite de viol, peut entraîner la déchirure marginale, l'arrachement, la rupture de l'hymen. Les *tentatives de viol*, le *coût brutal* ou disproportionné (pratiqué sur des enfants ou des vieilles femmes, dont les organes sont insuffisamment développés ou atrophiés), peuvent être suivis d'excoriations, de contusions, de déchirures de la vulve, du vagin, de la cloison recto-vaginale, du cul-de-sac de Douglas même. Les *attouchements violents*, les *tentatives d'introduction de corps étrangers*, les *manœuvres d'avortement*, etc., tous les *traumatismes accidentels* : chute sur un corps dur, pointu ou tranchant, coup de corne, canule de verre brisée, etc., agissent de même. On a vu la déchirure spontanée se produire à l'occasion d'une simple chute (Gotthardt).

Les *traumatismes chirurgicaux* : épisiotomie, débridements, pression excessive d'une valve, d'un instrument quelconque, efforts dans les tentatives de réduction de l'utérus dévié, extraction d'une tumeur, etc., peuvent produire toutes les variétés de plaies vulvo-vaginales. Les contusions sont plus en rapport avec le thrombus.

b. *Au moment de l'accouchement.* — L'hymen persiste parfois, soit que la défloration n'ait pas été consommée, soit que la déchirure physiologique se soit cicatrisée (Brouardel) : dans ce cas, la tête fœtale peut l'arracher d'un côté ou de l'autre, ou bien, la déchirure qu'elle produit s'étend à tout le pourtour vulvaire.

Les excoriations superficielles de la vulve ou du vagin et la déchirure de la fourchette sont presque la règle chez les primipares.

Indépendamment des déchirures périnéales, les ruptures du vagin peuvent se produire isolément et spontanément, c'est-à-dire, sous l'action simple de la tête fœtale, ou à l'occasion d'une intervention : version, forceps, céphalotripsie.

**Anatomie pathologique.** — Le siège, l'étendue, la direction, la nature de la lésion, varient nécessairement avec les conditions du traumatisme et la nature de l'agent vulnérant.

Les plaies vulvaires ne sont généralement pas très étendues.

Celles du vagin peuvent ne porter que sur la muqueuse, ou bien, intéressant toute l'épaisseur des cloisons, le font communiquer avec le rectum, la vessie, la cavité pelvi-abdominale.

D'origine obstétricale, elles affectent toutes les directions et comportent tous les degrés. Dans l'accouchement spontané, elles sont ordinairement transversales et le vagin peut être détaché dans toute l'étendue de son pourtour (Charpentier).

La mortification des parois détermine, au moment de la chute des eschares, diverses fistules que nous étudions plus loin, ou devient une cause d'atésie et de déformations.

**Symptômes.** — L'hémorragie est la conséquence ordinaire de ces traumatismes : son abondance varie avec l'étendue et le siège de la plaie.

L'hymen présente parfois, dans sa structure, une sorte de tissu érectile (Henle) : en dehors même de cette particularité, sa rupture peut être accompagnée d'une hémorragie inquiétante. Toutes les plaies qui intéressent le bulbe et la racine du clitoris, saignent toujours beaucoup. L'hémorragie est particulièrement abondante dans les traumatismes qui surviennent pendant la grossesse ou l'accouchement, en raison de l'hypervascularité gravidique. Elle peut se reproduire secondairement, au moment de la chute des lambeaux mortifiés. Ordinairement externe, elle peut aussi se faire dans la cavité pelvienne.

La *douleur*, variable avec la nature du traumatisme, est généralement plus vive, lorsqu'il porte sur la vulve, et en dehors de l'accouchement.



**PRONOSTIC.** — Les plaies de la vulve sont ordinairement moins graves que celles du vagin : les unes et les autres peuvent cependant entraîner, immédiatement ou secondairement, une hémorragie sérieuse et même mortelle, si l'on tarde à intervenir.

On s'explique facilement, d'après l'état d'asepsie ou d'infection de l'agent vulnérant et de la plaie, qu'une simple piqure détermine parfois des suppurations et des accidents septicémiques graves, tandis que des traumatismes profonds, ayant ouvert le péritoine pelvien, se réparent rapidement, même en l'absence de traitement antiseptique.

La perforation du cul-de-sac de Douglas se complique parfois de l'issue d'une plus ou moins grande quantité d'intestin, qu'il n'est pas toujours possible de réduire, et dont le sphacèle peut entraîner la mort ou la formation d'un anus vaginal (Mac Keever).

La perforation des cloisons recto et vésico-vaginales donne lieu à des fistules difficilement réparables.

L'utérus participe souvent à ces traumatismes; enfin la péritonite et la septicémie sont des complications imminentes.

**DIAGNOSTIC.** — L'examen doit être fait aseptiquement, avec beaucoup de prudence, et doit tendre à reconnaître le siège, le nombre, l'étendue, la direction et la profondeur des plaies.

Dans beaucoup de cas, le principal intérêt du diagnostic est d'ordre médico-légal.

**TRAITEMENT.** — La prophylaxie des déchirures obstétricales est enseignée dans les traités spéciaux; mais ces déchirures sont parfois inévitables.

Le traitement de l'hémorragie n'offre rien de spécial.

Après avoir réalisé l'asepsie de la surface cruentée, réduit, s'il y a lieu, les organes herniés, réséqué les lambeaux flottants, égalisé les bords de la plaie, on les affronte, puis on les réunit par des sutures au crin de Florence ou à la soie.

Le pansement consiste en un tamponnement à la gaze iodoformée, maintenu par un bandage en T.

#### IV. — Brûlures.

**ÉTILOGIE.** — Les brûlures par conflagration sont rares à la région vulvo-vaginale, qui est protégée par sa situation même. On peut y observer, par contre, les effets d'une injection trop chaude, du rayonnement du cautère actuel, ou ceux des caustiques chimiques : chlorure de zinc, nitrate d'argent, caustiques acides.

**SYMPTÔMES.** — L'anatomie pathologique et les symptômes sont les

mêmes que pour les brûlures en général. Ils présentent toutefois quelques caractères propres à la région. Lorsque la lésion dépasse les limites du simple érythème, il se forme, grâce à la laxité des tissus, un œdème considérable qui, en dehors même de lésions concomitantes de la vessie et du rectum, peut être cause de dysurie et de dyschésie.

La douleur est intense. A la chute des eschares, il peut se produire, comme à la suite des autres traumatismes, des hémorragies, des fistules, des suppurations graves, et, plus tard, des rétractions cicatricielles.

**PRONOSTIC.** — Le pronostic est subordonné au degré de la brûlure, à son étendue, aux complications prochaines, et à la manière dont évoluera la réparation.

**TRAITEMENT.** — C'est celui des brûlures en général. Les pansements doivent être antiseptiques, analgésiques et, autant que possible, occlusifs : tamponnement à l'ouate iodoformée, applications de pommades à base d'antipyrine, d'acide borique et d'iodoforme (Reclus), etc.

Toute l'attention du chirurgien tendra, en outre, à surveiller la cicatrisation et à la diriger, de manière à sauvegarder le calibre du conduit vulvo-vaginal et à prévenir les fistules.

#### V. — Corps étrangers du vagin.

**ÉTILOGIE.** — On a signalé, dans le vagin, la présence des corps étrangers les plus variés, introduits, les uns dans un but thérapeutique, comme les pessaires, et les autres, par curiosité lubrique, ou pour prévenir la fécondation, tels que : épingles à cheveux, étuis, crayons, flacons, pots de pommade, bobines, légumes, tampons, éponges, fragments de canule, de thermomètre, hanneton (Schröder), et bien d'autres encore. Ces objets sont introduits directement par la vulve ou, exceptionnellement, par le rectum ou la vessie, après perforation des cloisons correspondantes.

Par leur nature même ou les aspérités de leur surface, ils peuvent déterminer des accidents immédiats de traumatisme ou d'infection (des sangsues, par exemple, ont provoqué des hémorragies redoutables), ou produire, par leur long séjour, des troubles variés.

**SYMPTÔMES.** — Les accidents immédiats : douleur, hémorragies, sont inconstants et très variables.

Les accidents tardifs dépendent de la nature des corps étrangers et de la durée de leur séjour. La tolérance du vagin à leur égard



est parfois extraordinaire : des pessaires, notamment, ont été gardés jusqu'à cinq, dix, vingt-cinq ans. Une bobine a pu séjourner vingt-deux ans dans le vagin d'une femme sans laisser soupçonner sa présence par deux maris successifs (obs. de Pearse) (1).

Le plus souvent, il est vrai, surviennent des lésions diverses. Le corps est-il moussé et incorruptible, comme un pessaire de bois, de métal inoxydable, de gomme, etc., la pression qu'il exerce produit, suivant son degré, soit un *simple épaissement de l'épithélium vaginal*, soit des *ulcérations*, des *bourgeoisements*, qui arrivent à encapsuler, en tout ou en partie, le corps étranger et à rendre le diagnostic et l'extraction très difficiles.

Des *fistules urinaires* ou *fécales* peuvent se produire à la longue.

Les corps étrangers du vagin s'entourent quelquefois, comme ceux de la vessie, d'une gangue calcaire qui les isole, émousse leurs angles et les rend plus tolérables. Cette *calcification* est surtout fréquente en cas de fistule vésicale. Les calculs vaginaux reconnaissent généralement cette origine, à moins qu'ils ne proviennent de la vessie, après ulcération de la cloison, ou qu'ils ne soient que des noyaux fibreux calcifiés venus de l'utérus.

L'irritation inflammatoire produite par un corps de petit volume, une aiguille, une épingle à cheveux, par ex., peut en faciliter la *migration* loin de son siège initial [exemple d'une épingle à cheveux accolée à la poche d'un pyo-salpinx (Pozzi)].

Les corps poreux ou putrescibles : tampons, éponges, végétaux, s'ils ne produisent pas toujours, comme les autres, des phénomènes de compression, exposent davantage aux *accidents infectieux*.

La *vaginite*, la *métrite cervicale* et *corporéale*, avec toutes ses complications annexielles et pelviennes, des *phlegmons* et des *abcès*, la *péritonite* et la *septicémie*, peuvent être la conséquence, prochaine ou tardive, de la présence de corps étrangers dans le vagin.

Dans les cas les plus bénins, il y a toujours une *leucorrhée* plus ou moins abondante.

Enfin l'irritation, même aseptique, mais prolongée, relevant d'un corps solide, peut produire, à défaut d'ulcérations, une hypertrophie fibreuse localisée, des rétrécissements circulaires et des oblitérations presque complètes du conduit vaginal (Breisky).

Des troubles nerveux et psychiques sont fréquemment signalés dans les observations de ce genre : ils sont secondaires ou primi-

(1) Pearse: *Brit. med. Journal*, 1873.

tifs, et concordent, en ce dernier, cas avec la dépravation du sens génital qui a présidé à l'accident.

**DIAGNOSTIC.** — L'absence, ou la fausseté voulue des renseignements fournis par la malade; le petit volume, la migration ou l'enchatonnement de l'objet; la prédominance symptomatique des complications; le rétrécissement des parois, rendent parfois le diagnostic difficile et peuvent faire *méconnaître* la cause réelle des accidents.

La fétidité de l'écoulement, les hémorragies et le bourgeoisement de la muqueuse du vagin ou du col peuvent faire songer à une *tumeur maligne*.

Mais, dans la plupart des cas, un examen soigneux par le toucher vaginal ou rectal, permettra de découvrir le corps du délit.

**TRAITEMENT.** — Il consiste dans l'extraction du corps étranger et, au besoin, dans la réparation des désordres qu'il a produits.

On ne peut donner, à ce sujet, que des indications très générales, chaque cas particulier comportant sa technique spéciale.

L'objet est-il libre et de petit volume, de larges irrigations, avec ou sans spéculum, l'emploi du doigt, d'une pince, suffisent à l'extraire. Est-il gros, arrondi, moussé, mais solide, il peut être enlevé avec une pince à faux germe ou un petit forceps. On peut être amené à le fractionner, à le térébrer, pour en réduire le volume (calculs, corps calcifiés, etc.). S'il présente des aspérités accrochées à la paroi, on tâchera de les dégager avec le doigt, ou avec un gros spéculum cylindrique, puis on fera l'extraction avec une pince à mors, à griffes, etc.

Si le corps est enchatonné, retenu ou masqué par des brides, on incisera d'abord celles-ci, puis on le mobilisera en s'aidant, au besoin, d'un doigt introduit dans le rectum.

L'extraction terminée, il y a lieu de se rendre un compte exact des lésions concomitantes : déchirures vaginales, fistules, ulcérations, bourgeoisements, métrite, etc., et de leur appliquer, séance tenante, le traitement approprié.

## VI. — Fistules vaginales.

En raison de ses rapports anatomiques, le vagin peut être en communication anormale, directe ou indirecte, d'une part, avec les voies urinaires; d'autre part, avec l'intestin. L'orifice, ou le trajet de communication, a reçu le nom de *fistule*. Il y a des *fistules urinaires* et des *fistules fécales*.



1° **Fistules urinaires.**

**ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.** — On a divisé les fistules urinaires en *puerpérales* et *non puerpérales*.

Les premières reconnaissent pour cause, dans la grande majorité des cas, la mortification, par compression prolongée, d'une partie des tissus interposés entre la tête fœtale et le pubis.

L'étroitesse du bassin, le volume disproportionné de la tête, l'inertie utérine, les présentations de l'épaule, les occipito-postérieures, la réplétion de la vessie, la débilitation générale de la femme, etc., sont autant de *causes prédisposantes*.

La longue durée de la pression est un facteur beaucoup plus important que son intensité : aussi, malgré l'opinion de Landau, peut-on incriminer le défaut ou le retard, plutôt que la précocité, de l'intervention dans les accouchements de longue durée. Ce n'est qu'exceptionnellement, et en cas de violences excessives, que les manœuvres du forceps, du céphalotribe, de la version, ont pu produire des fistules, soit en exagérant la compression, soit en perforant directement la cloison (cuillère du forceps, esquilles). La zone de tissus, qui a été le siège de la pression maxima, se nécrose et la fistule se révèle lors de la chute des eschares, c'est-à-dire, du troisième au huitième jour, en général.

En *dehors de l'accouchement*, les perforations reconnaissent pour causes : un traumatisme accidentel (chute sur un corps pointu, par ex.) ; la pression prolongée d'un corps étranger vaginal (pessaire), ou vésical (calcul). — Baker Brown et Diffenbach ont observé chacun un cas de perforation par un calcul vésical, pendant l'accouchement ; — un cathétérisme maladroit ou brutal ; une ulcération progressive de la paroi, en cas de vieille cystite ; un abcès de la cloison ; un accident opératoire (hystérectomie vaginale, extraction de tumeurs) ; un coït brutal (Massalitinoff).

Quelques fistules sont créées provisoirement par le chirurgien, dans un but thérapeutique. Enfin il en est qui peuvent résulter d'un travail ulcératif, de nature spécifique, se faisant de la vessie vers le vagin (L. Tait), ou du vagin vers la vessie (cancer, tuberculose, syphilis), ou encore, de l'évolution d'une inflammation pelvienne (suppurations ouvertes dans la vessie et le vagin). Ce ne sont alors que des lésions accessoires d'une affection plus importante.

Nous n'avons en vue, ici, que les fistules traumatiques et cicatricielles.

*Division.* — Le plus souvent, c'est le bas-fond de la vessie qui est

lésé, du fait de sa compression entre le bord postérieur et supérieur du pubis et la tête déjà dégagée du col. Cependant, les lésions, puerpérales ou autres, peuvent intéresser la lèvre antérieure du col utérin, l'urèthre et les uretères, d'où les variétés suivantes :

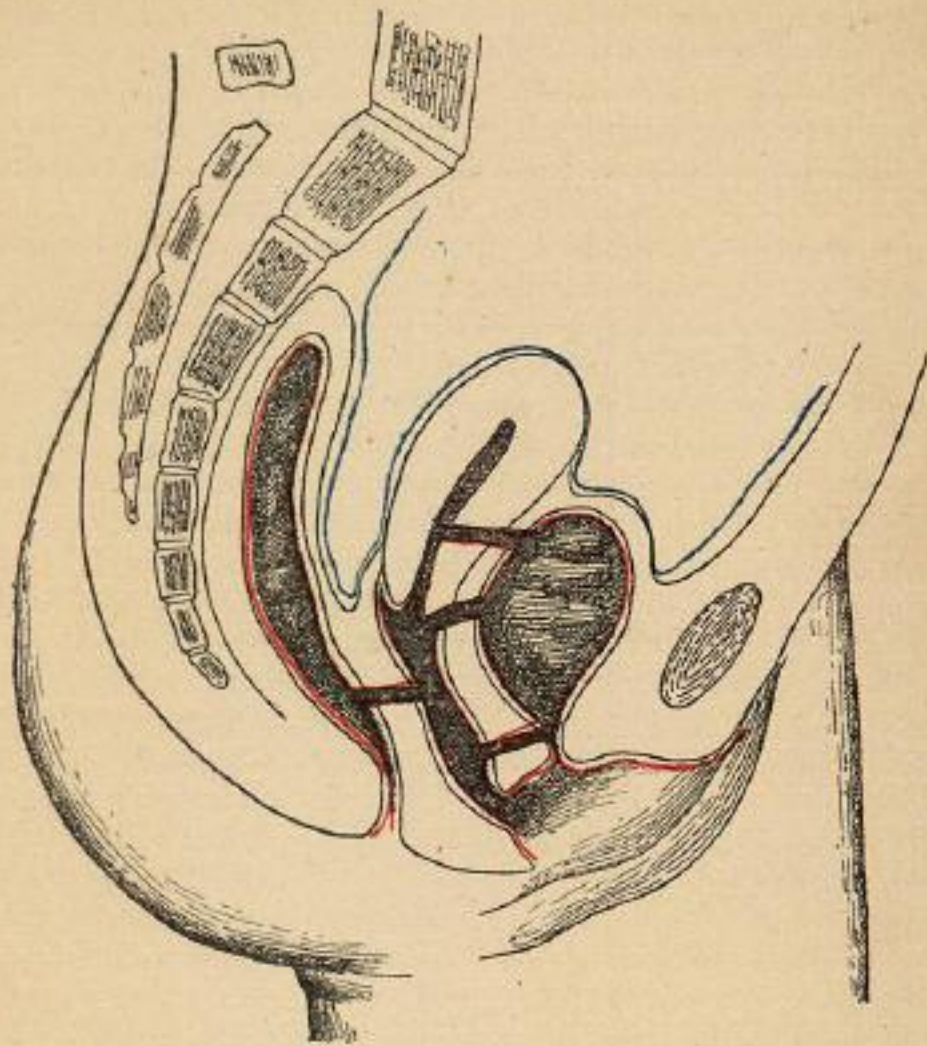
1° *Fistules vésico-vaginales simples.*

Fig. 40. — Fistules vaginales (d'après de Sinety).

2° *Fistules vésico-urétéro-vaginales.*3° *Fistules vésico-cervico-vaginales, superficielles et profondes.*4° *Fistules vésico-cervicales.*5° *Fistules uréthro-vaginales.*6° *Fistules urétéro-cervicales.*7° *Fistules urétéro-vaginales.*



Plusieurs de ces variétés peuvent se combiner, soit entre elles, soit avec les fistules fécales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. 1° **Fistules vésico-vaginales.** — Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. Elles siègent en un point plus ou moins élevé, ordinairement à 1 ou 2 centimètres du col utérin, quelquefois à son niveau, sur la voûte du cul-de-sac vaginal, à la partie moyenne de la cloison; ordinairement sur la ligne médiane (Deroubaix), mais quelquefois en dehors et, dans ce cas, plus souvent à gauche (Simon). Elles correspondent, en général, au bas-fond de la vessie. Le plus souvent transversales, lorsqu'elles sont d'origine puerpérale, elles peuvent, d'ailleurs, affecter toutes les directions.

La forme en est arrondie ou ovale, plus rarement semi-lunaire; ou encore quadrangulaire ou triangulaire, à angles arrondis, si l'orifice est de grandes dimensions.

Leur étendue varie depuis un simple pertuis admettant à peine une soie de sanglier, jusqu'à la destruction presque complète de la cloison (*cloaque uro-génital*, Deroubaix); les perforations les plus ordinaires ont de 1 à 3 centimètres d'étendue.

Le trajet, direct, ou légèrement oblique, est toujours très court, souvent limité aux deux orifices, et infundibuliforme, son plus grand diamètre correspondant à l'ouverture vaginale.

Les bords varient d'aspect avec l'origine et l'âge de la fistule: souples et épais d'abord, ils deviennent plus tard, par rétraction inodulaire, scléreux, durs et tranchants. Un liséré, parfois reconnaissable à la vue, marque la limite des deux muqueuses; celle du vagin tend à faire *entropion* (Verneuil), tandis que celle de la vessie, dans les fistules un peu larges, fait hernie vers le vagin sous forme d'un bourrelet velouté, d'un rouge vif. Dans les larges perforations, toute la muqueuse vésicale s'invagine sous forme de tumeur fongueuse.

Par suite du travail inflammatoire qui a présidé à l'élimination des eschares, les bords de la fistule peuvent adhérer au squelette pubien, ce qui complique le traitement opératoire.

**Lésions secondaires.** — La vessie, qui n'a plus à se dilater, se rétrécit; ses parois se rétractent, s'épaississent et se sclérosent; la muqueuse, devenue accessible à l'air, s'enflamme; l'urine s'altère, devient irritante et donne lieu à des précipités calcaires.

L'urètre peut être dévié, rétréci, oblitéré même en cæcum (Freund).

Les uretères, dans certaines fistules, sont dilatés, enflammés, et, par voie ascendante, l'infection peut gagner les reins.

Le vagin présente toujours des altérations plus ou moins pro-

fondes. Tant que l'urine reste aseptique, il en supporte assez bien le contact: l'épithélium s'épaissit et présente alors un aspect lisse, pâle, comme cutané. Dans le cas contraire, la muqueuse est rouge ou violacée, présente des ulcérations incrustées ou non de sels uriques, des végétations, des condylomes qui peuvent se développer jusque sur la peau des cuisses.

Mais les lésions les plus importantes sont celles qui résultent de l'involution cicatricielle des tissus intéressés par le traumatisme de l'accouchement. La paroi vaginale antérieure est raccourcie: il existe des brides inodulaires, des rétrécissements irréguliers ou circulaires, siégeant en amont ou en aval de l'orifice fistuleux et capables de produire l'oblitération complète.

Enfin, le traumatisme et la réaction inflammatoire consécutive ont parfois été assez profonds pour intéresser le périoste, d'où adhérence intime de la vessie et du vagin aux branches ischio-pubiennes.

L'utérus est souvent lésé: le col peut être déchiré, déchiqueté; la métrite est la règle dans les fistules anciennes et il n'est pas rare d'observer des complications inflammatoires ascendantes du côté du parametrium et des annexes.

C'est après la chute des eschares, que l'orifice fistuleux présente ses plus grandes dimensions; au fur et à mesure des progrès de l'involution, il se rétrécit jusqu'à oblitération complète, ou prend peu à peu ses dimensions minima et définitives.

2° **Fistules vésico-uretéro-vaginales.** — Si la fistule siège latéralement, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du vagin, il peut se faire que l'uretère s'ouvre, en même temps que la vessie, dans la solution de continuité et donne lieu à la variété de fistule *vésico-uretéro-vaginale*, qui ne présente d'autre particularité que l'accessibilité de l'orifice urétéral par la fistule.

3° **Fistules vésico-cervico-vaginales.** — Jobert a décrit des fistules *vésico-utéro-vaginales superficielles et profondes*, que Pozzi appelle *juxta-cervicales*. Elles siègent au niveau de l'insertion du vagin sur le col utérin et ne sont, en réalité, que des fistules vésico-vaginales, dont l'orifice est formé, dans sa demi-circonférence postérieure, par la lèvre antérieure du col, intacte ou peu altérée (*fistules superficielles*), ou complètement détruite (*fistules profondes*).

4° **Fistules vésico-cervicales.** — Dans les *fistules vésico-cervicales* proprement dites, la communication se fait directement, de la vessie dans la cavité cervicale, par un trajet creusé dans l'épaisseur de la lèvre antérieure.

L'orifice vésical siège sur le trigone ou sur la partie moyenne du



bas-fond : l'orifice utérin, plus ou moins élevé, est au-dessus de l'insertion vaginale et de l'orifice externe. La longueur du trajet dépend de l'épaisseur de la lèvre et peut être sinueux.

La portion vaginale du col présente toujours des lésions plus ou moins marquées : elle est ramollie, ulcérée, déchiquetée, transformée en moignons irréguliers, et l'utérus lui-même est enflammé, fixé par des cicatrices paramétritiques ; l'écoulement de l'urine se fait sur la lèvre postérieure.

Ces fistules, toujours très petites, ont le maximum de leurs dimensions peu à près l'accouchement : elles diminuent de diamètre grâce à la rétraction involutive post-puerpérale : beaucoup passent inaperçues et guérissent spontanément (Martin).

3° **Fistules uréthro-vaginales.** — Les fistules de cette variété ne se produisent, par compression, que si la vessie, distendue par l'urine, a été fortement repoussée en haut au moment de l'issue de la tête ; or, ce mécanisme est rare.

Elles succèdent plus souvent à des traumatismes directs, obstétricaux (forceps, esquilles), accidentels ou chirurgicaux (colporrhaphie chez des femmes maigres, Martin). Ordinairement associées à une fistule vésico-vaginale, et séparées d'elle, quelquefois, par une portion oblitérée du canal, elles peuvent siéger en un point quelconque de la paroi postérieure de l'urètre et l'intéresser sur une plus ou moins longue étendue.

Les bords de ces fistules sont assez souvent très rétractés et adhérents au pubis. Le col vésical peut être compris dans la solution de continuité, ce qui lui donne une gravité particulière (*fistules uréthro-cervico-vaginales*, Verneuil).

6° **Fistules urétéro-cervicales.** — Elles sont rares : Hegar et Kaltenbach n'ont pu en réunir que neuf observations. Elles se produisent pendant l'accouchement ou à la suite d'opérations sur le col, lorsque les rapports de l'urètre ont été dénaturés par une inflammation péri-utérine ; ou encore, pendant l'opération d'une fistule vésico-vaginale (Bozeman).

Le trajet, qui intéresse toute l'épaisseur de la lèvre antérieure du col, comme dans la variété vésico-cervicale, est situé latéralement et, plus souvent, à gauche (6 fois sur 9, Hegar).

7° **Fistules urétéro-vaginales simples.** — Comme la précédente, cette variété est rare (Alquié, Simon, Panas, Landau, Bandl en ont cité des observations). Ces fistules sont, le plus souvent, combinées à des perforations vésico-vaginales qui persistent, ou qui ont pu se combler, la combinaison urétéro-cervicale persistant seule.

Le col est toujours plus ou moins détruit ; l'urètre s'ouvre

latéralement, à 1 ou 2 centimètres de l'orifice externe, au sommet d'un petit bourgeon rose vif, souvent difficile à atteindre, en raison des déformations cicatricielles du vagin qui le masquent.

Les lésions concomitantes de la vessie, de l'urètre, du vagin, de l'utérus, des urètres et des reins, sont les mêmes, dans ces diverses variétés, que dans la fistule vésico-vaginale type. Toutes peuvent se combiner et s'associer, dans les grands délabrements, avec les fistules fécales.

**SYMPTÔMES COMMUNS.** — Ils se résument dans l'écoulement de l'urine par la vulve et ses conséquences.

Cet écoulement est contemporain du traumatisme ou, plus souvent, ne s'est montré que dans le courant de la première semaine *post partum*, c'est-à-dire, après la chute des eschares de compression. Il est continu ou intermittent et représente la totalité, ou une partie seulement, de l'urine excrétée, le reste s'écoulant par miction volontaire.

Il peut se suspendre, dans la position couchée, si la fistule siège près de l'urètre, ou, dans la position verticale, si elle intéresse le bas-fond. L'adduction des cuisses peut l'interrompre momentanément. L'urine est tantôt normale, tantôt trouble et ammoniacale. Sous l'influence de son action irritante, la vulve et le vagin s'enflamment et mélangent leurs sécrétions à l'urine. On peut même observer des abcès vulvaires et des adénites inguinales. La face interne des cuisses est le siège d'un érythème souvent prurigineux.

Les malades, malgré leurs soins, exhalent une odeur urineuse caractéristique. Cette infirmité, qui les force à s'isoler, entraîne souvent de fâcheuses conséquences morales. La santé générale peut se maintenir bonne pendant longtemps ; mais il faut compter avec la possibilité de complications inflammatoires du côté des reins et du bassin.

L'aménorrhée n'est pas rare, dans les cas de fistules anciennes ; la stérilité n'est cependant pas fatale. La constipation, l'anémie, sont aussi des conséquences ordinaires de la lésion.

**DIAGNOSTIC.** — La confusion avec l'*incontinence d'urine* n'est possible que dans les premiers jours qui suivent l'accouchement : l'incontinence tient à la paralysie traumatique du col ou du corps de la vessie. On fait le diagnostic, avec un peu d'attention, en vidant la vessie si elle est distendue et regorge ; si elle est vide, en y pratiquant une injection de liquide coloré et aseptique (lait stérilisé, eau bouillie teinte d'une couleur d'aniline). Ce moyen classique est précieux pour découvrir les fistules minimales qui échappent au doigt ou à la vue.

Le toucher suffit pour reconnaître les larges perforations *vésico-*



*vaginales* et pour en apprécier les caractères importants. Lorsque la fistule est de petites dimensions, le toucher doit être combiné avec le cathétérisme vésical. Mais ce moyen n'est pas toujours suffisant; il faut alors s'aider de la vue, et, dans certaines conditions, le diagnostic du siège de la fistule est d'une grande difficulté. La position genu-pectorale est la plus favorable pour y arriver. On devra s'assurer d'abord d'un bon éclairage, déprimer le périnée au moyen d'une valve de Sims et, les parois latérales, avec des écarteurs. Il est parfois nécessaire de déplacer, avec des crochets, ou d'inciser des brides cicatricielles, ou encore de dilater des sténoses qui masquent la perforation. La voie étant ainsi préparée, on étanche le vagin avec un tampon, et on voit généralement sourdre l'urine du centre d'un petit bourgeon, dans lequel on peut faire pénétrer un stylet. Le diagnostic peut alors être contrôlé par le cathétérisme vésical ou l'injection colorée.

Dans les fistules vésico-cervicales proprement dites, après avoir asséché le vagin, on voit l'écoulement se faire par le museau de tanche. Une injection vésicale colorée suit la même voie; enfin une sonde, introduite dans la vessie et convenablement dirigée, viendra au contact du cathéter ou du doigt, introduits dans la cavité cervicale, préalablement dilatée, s'il y a lieu.

Si la fistule est urétérale pure, il ne s'écoule spontanément que la moitié de l'urine excrétée (Bérard); le reste est émis par miction volontaire: l'injection vésicale ne ressort ni par le vagin, ni par le col. Ce signe distingue la variété vésico-cervicale de la fistule urétéro-cervicale.

La fistule urétéro-vaginale est caractérisée, en outre, par la présence d'un petit bourgeon latéral, situé à 1 ou 2 centimètres du col, et au travers duquel on peut faire pénétrer profondément, dans la direction du rein, la sonde de Pawlik. L'écoulement a lieu souvent par jet intermittent.

Le cathétérisme de l'uretère est le meilleur moyen de diagnostic, dans les cas de fistules urétéro-vésico-vaginales; de plus, l'occlusion momentanée de l'orifice urétéral détermine les symptômes de l'hydronéphrose aiguë. L'urine, recueillie par cathétérisme de l'uretère ouvert, présente un poids spécifique moindre que celle qui provient de l'autre rein (Schatz). Ces cas sont souvent d'un diagnostic très délicat, et exigent des recherches minutieuses.

Les fistules uréthrales sont faciles à reconnaître par l'examen direct et le cathétérisme: de plus, à moins qu'elles ne siègent sur le col vésical, l'urine est retenue dans la vessie, et ne s'écoule dans le vagin qu'au moment de la miction.

Dans tous les cas, on devra faire, en même temps, le diagnostic des lésions accessoires: adhérences de la fistule et des tissus au squelette pubien, oblitération de l'urètre, sténoses, déformations, brides du vagin, lésions inflammatoires de la vessie, des uretères, des reins, de l'utérus et de ses annexes.

PROGNOSTIC. — On doit envisager le pronostic au double point de vue des conséquences de la lésion et de sa curabilité.

Les fistules uro-génitales constituent plutôt une infirmité pénible qu'une maladie grave, et ne sont pas, en général, incompatibles avec un bon état de santé.

Il faut compter cependant avec les complications possibles que nous avons signalées, notamment du côté des reins, et qui sont plus à redouter dans les variétés urétrales et utérines. La stérilité et les avortements sont une conséquence fréquente de cette infirmité.

Au point de vue de l'opérabilité, le pronostic s'est singulièrement amélioré, grâce à l'antisepsie et au perfectionnement des procédés opératoires et des sutures.

Beaucoup de fistules guérissent spontanément, au début, et la plupart diminuent notablement de dimensions par suite de l'involution post-puerpérale et de la rétraction inodulaire. Les fistules vésico-vaginales, et surtout vésico-utérines, bénéficient particulièrement de ce processus. On a vu, en outre, guérir, par bourgeonnement, des fistules datant de plusieurs années; mais cette terminaison est exceptionnelle.

Les variétés urétrales et utérines sont plus graves et exposent davantage à l'insuccès opératoire. Les adhérences des bords de la fistule, avec les parois du vagin et de la vessie, rendent beaucoup plus difficiles et plus infidèles les manœuvres opératoires.

Les brides cicatricielles et les sténoses peuvent parfois déterminer une pseudo-guérison, en obturant l'orifice fistuleux ou en s'opposant à l'écoulement de l'urine par la vulve; mais, le plus souvent, elles ne constituent qu'une difficulté opératoire de plus.

Les déchirures urétrales sont souvent difficiles à obturer.

D'une manière générale, les chances de succès sont subordonnées à l'étendue et au siège de la fistule, à l'état de ses bords, aux complications de chaque cas particulier, et à l'état général des malades.

TRAITEMENT. — Il est exclusivement chirurgical, et ne comporte guère de contre-indication que pour les fistules cancéreuses ou tuberculeuses. Les perforations syphilitiques peuvent être oblitérées avec succès après l'emploi du traitement spécifique.



Les fistules peuvent être opérées en tout temps et à tout âge, même pendant la grossesse. Du reste on n'a pas toujours le choix du moment favorable (Hegar et Kalténbach). Néanmoins, les chances de succès seront accrues, si la fistule est récente; si on opère en dehors de la grossesse, vers la sixième ou huitième semaine après l'accouchement (c'est-à-dire, lorsque l'écoulement lochial et l'involution sont terminés), et peu de jours après les règles; enfin lorsque la malade est jeune et que les tissus sont bien vasculaires et vivaces.

Au début, et s'il s'agit de petites perforations, on peut tâcher d'en obtenir la guérison spontanée en combinant l'emploi de la sonde à demeure et le tamponnement vaginal.

Le traitement opératoire est direct ou indirect.

Direct, il consiste dans l'oblitération de la fistule par *cautérisation*, par *réunion immédiate secondaire* ou par *avivement et suture*.

Indirect, il a pour but de dériver l'écoulement anormal de l'urine, en oblitérant le vagin (*colpocléisis*), ou l'utérus (*hystérocléisis*); en créant une fistule recto-vaginale (*opération de Rose*); ou en supprimant le rein correspondant à une fistule urétérale.

a. *Traitement direct* : 1° *Fistules vésico-vaginales et uréthro-vaginales*.

— La *cautérisation* simple, ou suivie de la suture des bourgeons charnus (*réunion immédiate secondaire*), peut être tentée, en raison de sa simplicité, en cas de perforations minimales.

L'*avivement*, suivi de la suture, est le traitement de choix pour les fistules de moyenne dimension, les plus fréquentes. Il convient aussi aux *fistules juxta-cervicales* et *vésico-cervicales*.

Lorsque l'oblitération est impossible (dimensions excessives, inaccessibilité, lésions complexes du vagin), on sera obligé de recourir au *colpocléisis*, malgré la difficulté ou l'impossibilité du coït, la stérilité et, parfois, les troubles menstruels, qui en résultent.

Si la fistule porte sur le sphincter vésical, et qu'on ne puisse le reconstituer, à l'oblitération du vagin on associera la création d'une fistule vésico-rectale artificielle (Rose).

2° *Fistules vésico-cervicales*. — Petites, elles peuvent guérir par *cautérisation* : lorsqu'elles ne peuvent être oblitérées ainsi, ou directement, par *avivement et suture*, elles sont justiciables de l'*hystérocléisis* : on agrandit, au besoin, le trajet de communication, pour prévenir les accidents éventuels de rétention menstruelle.

Dans les *fistules juxta-cervicales profondes*, si le moignon de la lèvre antérieure du col ne peut se prêter directement à l'*avivement* et à la suture, on peut faire l'*hystérocléisis*, en suturant la lèvre postérieure au bord vaginal de la fistule.

3° *Fistules urétérales*. — C'est dans le cas de *fistules urétérales*, simples, ou associées aux fistules viscérales, que le traitement rencontre le plus de difficultés.

Si la fistule est vaginale et simple, on tentera, après création d'une fistule vésicale, d'aboucher l'urètre dans la vessie, et de traiter ensuite la perforation artificielle, ou d'oblitérer le vagin.

La création d'une fistule vésico-vaginale, suivie de *colpocléisis* (Simon et Hahn), ou l'extirpation du rein correspondant (Credé Zweifel, Treub), sont les deux procédés à discuter en présence de la fistule *urétéro-cervicale*. L'extirpation du rein est surtout indiquée s'il est le siège d'une néphrite ascendante; mais il faut s'assurer préalablement du bon état de l'autre organe.

b. *Traitement indirect*. — Enfin, dans toutes les variétés de la fistule vésico-vaginale, si son oblitération directe est impossible, en raison de ses dimensions (fistules vésico ou uréthro-vaginales), ou de son inaccessibilité (fistules cervicales avec lésions profondes du vagin), on aura recours au traitement indirect par oblitération de la vulve (*épistocléisis*), du vagin (*colpocléisis*), de l'utérus (*hystérocléisis*), en combinant, au besoin, l'une de ces opérations avec la création d'une fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale (*opération de Rose*), si l'urètre est oblitéré.

## 2° *Fistules fécales*.

Les fistules fécales sont caractérisées par la communication, soit du rectum (*fistules recto-vaginales*), soit de l'intestin grêle (*fistules entéro-vaginales*), avec le vagin.

### 1° *Fistules recto-vaginales*.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Nous n'étudierons ici que les perforations anciennes, cicatricielles, de la *cloison recto-vaginale*. Les communications anormales qui peuvent résulter de l'ouverture, à la fois dans le rectum et dans le vagin, d'une collection purulente du bassin, font partie des complications des suppurations pelviennes.

Moins fréquentes que les fistules antérieures, les fistules recto-vaginales résultent rarement de la chute d'une eschare produite par la pression de la tête fœtale. Elles succèdent ordinairement, soit à une déchirure complète du périnée, qui ne s'est cicatrisée que dans sa partie inférieure, soit à un traumatisme instrumental direct (forceps, crochet); elles sont déterminées plutôt par trop grande tension des tissus que par pression prolongée (Schauta).

En dehors de l'accouchement, elles reconnaissent pour causes :



un traumatisme anal ou vaginal (canule, corps étranger pointu); un échec opératoire (colporrhaphie postérieure, périnéorrhaphie, hystérotomie vaginale, extirpation de tumeurs); le long séjour d'un corps étranger dans le rectum ou le vagin (pessaire); la compression exercée par des matières fécales dures accumulées dans une poche de rectocèle (Scanzoni); l'ouverture simultanée, dans les deux cavités, d'un abcès de la cloison, d'une bartholinite suppurée (Gusserow); des ulcérations de diverses natures, particulièrement au-dessus d'un rétrécissement du rectum; un premier coït (Braxton Hicks, Smyly, etc.).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au point de vue de leur siège, on divise les fistules rectales en : a. *recto-vulvaires* ou *ano-vestibulaires*, lorsqu'elles s'ouvrent sur la fourchette, immédiatement en avant de l'insertion de l'hymen; b. *inférieures*, si elles siègent à l'union de la cloison recto-vaginale et du triangle périnéal; c. *supérieures*, si elles intéressent la moitié supérieure de la cloison; celles-ci occupent quelquefois le cul-de-sac postérieur, très près du museau de tanche (Verneuil, 1882).

Leurs dimensions, variables, du reste, n'excèdent généralement pas 1 à 2 centimètres.

Elles sont ordinairement réduites à un simple pertuis, lorsqu'elles sont recto-vulvaires, et peuvent d'ailleurs affecter tous les degrés, jusqu'à la destruction complète de la cloison. Les grandes pertes de substance s'observent surtout dans les variétés supérieures.

Le trajet est ordinairement direct et très court; il semble que la cloison ait été perforée à l'emporte-pièce (Monod); ou bien, il est canaliculé, oblique, et les deux orifices ne se correspondent pas. Ces orifices sont arrondis ou ovalaires, à grand diamètre longitudinal ou transversal. Leurs bords sont minces, généralement cicatriciels, durs, scléreux: les deux épithéliums dénaturés, épidermisés, se continuent sans interruption, en raison de la minceur de la cloison. Il n'est pas rare de voir la muqueuse rectale adhérente faire hernie à travers l'orifice, vers le vagin; on a même vu l'S iliaque s'engager à travers une vaste perforation, en contractant aussi adhérence avec ses bords (Winckel).

Les lésions accessoires: vaginite, cicatrices, adhérences du vagin, s'observent, dans ces cas, comme dans les fistules vésicales: celles-ci peuvent compliquer les fistules fécales et les orifices respectifs se trouvent parfois reliés par des brides cicatricielles.

SYMPTÔMES. — Épanchement des gaz et des matières dans le vagin et vaginite secondaire: telles sont les symptômes des fistules recto-vaginales.

Lorsque la fistule est réduite à un simple pertuis ou que son trajet est oblique, les gaz seuls peuvent s'échapper. Lorsqu'elle a des dimensions moyennes, la dérivation des matières ne se fait que si elles sont liquides, et d'une façon intermittente. Dans les grandes déchirures, les matières passent, en totalité ou en partie, par le vagin.

Quelque soin qu'on y mette, on ne peut guère éviter la vulvovaginite, la métrite, les érythèmes, etc.

DIAGNOSTIC. — Au simple toucher, on peut reconnaître une fistule un peu étendue. Si elle est de petite dimension, il faut placer la malade dans le décubitus latéro-abdominal ou dorso-sacré et éclairer la paroi vaginale postérieure au moyen d'une valve de Sims, ou d'écarteurs: il est rare que l'orifice échappe alors à la vue: on y introduit un stylet par le vagin, et, au moyen d'un doigt placé dans le rectum, on peut explorer le trajet. Si celui-ci est oblique, et recouvert d'un opercule de muqueuse, un lavement coloré suffira à lever les doutes.

PROGNOSTIC. — Ces fistules constituent une infirmité cruelle et d'un traitement difficile, surtout en cas d'adhérences et de déformations vaginales. Les difficultés tiennent, en outre: à la minceur de la cloison; à la différence de constitution des deux lèvres de la fistule, lorsqu'elle s'ouvre au point de jonction de la cloison recto-vaginale et du triangle périnéal (Simon); au siège, parfois élevé, de l'ouverture; au contact incessant des gaz et des matières.

Petites et récentes, elles peuvent guérir par bourgeonnement spontané ou après cautérisation de leurs bords; mais, si elles sont étendues et cicatricielles, on ne doit plus compter sur la cure spontanée et il n'y a d'espoir que dans une restauration chirurgicale.

TRAITEMENT. — Il n'y a pas de méthode opératoire universellement applicable au traitement des fistules recto-vaginales.

La cautérisation et la suture secondaire de Verneuil donnent de nombreuses déceptions et ne peuvent être tentées que dans un nombre de cas limité.

L'*oblitération simple*, par voie directe, vaginale ou rectale, et la *colpopérinéorrhaphie* précédée, ou non, de la section recto-vaginale, sont les deux méthodes le plus généralement employées.

Les indications de chacune d'elles sont subordonnées à l'état du vagin et du périnée, et surtout au siège de la fistule. Quant aux procédés opératoires, ils s'inspirent de chaque cas particulier.

Lorsque la fistule est *ano-vulvaire*, elle est assimilable aux fistules *ano-périnéales*.



Aux variétés *recto-vulvaires* et *recto-vaginales inférieures*, ne dépassant pas la limite supérieure du triangle périnéal, on opposera le *dédoublement* ou la *section recto-vaginale, avec périnéorrhaphie immédiate* (Richet, Simon, Labbé, Le Dentu, Verneuil, Trélat, Pozzi, Picqué, etc.), « qui élargit le champ opératoire, met franchement à découvert le trajet de la fistule, facilite son avivement et sa réunion » (Gross). Cette méthode est applicable, que le périnée soit intact ou qu'il soit déchiré : dans le premier cas, la réunion est facile ; dans le second, on fait une restauration utile à la statique pelvienne. L'opération se réduit donc à une *colpopérinéorrhaphie*.

Lorsque le périnée est intact et la fistule petite, on peut cependant tenter la réunion par *avivement direct*. Pour les *fistules supérieures*, si la section recto-vaginale doit produire un délabrement trop considérable, on aura recours à l'oblitération directe, par avivement vaginal ou rectal, ou par autoplastie.

Dans les cas de large perforation, lorsque l'occlusion directe est impossible, on pourra, à l'exemple de Simon, suturer la lèvre postérieure de la fistule à la lèvre antérieure du col ; le sang menstruel sera alors déversé dans le rectum.

Quant aux fistules siégeant sur la partie *moyenne* de la cloison, on choisira entre l'occlusion directe (Simon, Monod, Reclus, etc.), et la voie périnéale, avec section directe, ou mieux, *dédoublement* (Pozzi, L. Tait), en se guidant sur l'état du périnée, des bords de la fistule et du vagin.

Terrier a employé une fois la *voie sacrée*, dans un cas de fistule due à l'ouverture simultanée, dans le vagin et le rectum, d'une collection purulente du cul-de-sac de Douglas.

## 2° *Fistules entéro-génitales.*

**ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.** — Les communications entre l'intestin (à l'exclusion du rectum) et le vagin sont rares. Elles résultent : soit de la rupture du cul-de-sac vaginal pendant l'accouchement, suivie de l'issue d'anses intestinales qui se trouvent étranglées et se sphacèlent ; soit de traumatismes directs, chirurgicaux (hystérectomie vaginale) ou accidentels ; soit encore de l'ouverture simultanée, dans l'intestin adhérent au cul-de-sac de Douglas et dans le vagin, d'une suppuration pelvienne.

Les fistules *entéro-utérines* reconnaissent un mécanisme analogue.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — L'orifice fistuleux siége dans le cul-de-sac postérieur du vagin, exceptionnellement dans le cul-de-sac antérieur (Kreitzmann, Dahlmann), et correspond à la partie terminale de l'iléon, quelquefois à l'S iliaque.

Il est très large et divisé par un éperon plus ou moins prononcé (*anus vaginal contre nature*) en deux segments dont l'inférieur se rétracte et se rétrécit graduellement jusqu'à oblitération complète (Casamajor). Ou bien, il est représenté par un simple pertuis creusé sur un seul côté de la paroi intestinale (*fistules entéro-vaginales proprement dites*). Dans tous les cas, l'intestin est fixé au fond du cul-de-sac par des adhérences péritonéales et l'orifice est bordé par un bourrelet de la muqueuse intestinale herniée.

Le vagin et l'utérus présentent les mêmes lésions que dans les autres fistules.

**SYMPTÔMES.** — Les matières apparaissent dans le vagin, de une à trois heures après le repas, sous l'aspect d'une purée d'aliments incomplètement digérés et teintés en jaune verdâtre par la bile. Leurs caractères, comme le moment exact de leur apparition, varient du reste avec le niveau de la perforation intestinale.

Elles s'écoulent en totalité, ou en majeure partie, en cas d'*anus vaginal* ; partiellement, lorsqu'il y a simple fistule. Les troubles menstruels sont les mêmes que dans les variétés précédentes.

**DIAGNOSTIC.** — Les larges fistules et les particularités de leurs orifices se reconnaissent au toucher. L'examen direct, à la vue et à l'aide d'une bougie flexible ou d'un stylet, est nécessaire pour les plus petites. Le toucher rectal, combiné à ce dernier moyen, démontrera que la perforation ne répond pas au rectum. Un lavement coloré ne ressort pas par l'orifice vaginal, lorsque la perforation intéresse l'intestin grêle.

Les matières, provenant de l'iléon, sont liquides, peu odorantes, teintées en jaune ou en vert, contiennent des débris d'aliments et apparaissent deux ou trois heures après le repas.

Issues de l'S iliaque, elles sont plus solides, plus *stercorales* et plus tardives, relativement à l'heure de l'ingestion alimentaire. En cas d'orifice double, c'est par le *bout supérieur* qu'on peut les voir couler ; de plus, le cathétérisme, prudemment conduit, permet d'apprécier la direction des deux segments de l'anse perforée et la perméabilité de son bout inférieur. Ce n'est que dans un examen superficiel qu'on pourrait prendre l'orifice du col pour celui de la fistule.

En cas d'absence d'ouverture vaginale, on cherchera à surprendre l'écoulement par le col utérin, et l'on pourra reconnaître, après dilatation, le siège de la perforation sur le fond ou sur la paroi postérieure de l'utérus.

**PROGNOSTIC.** — Les petites fistules tendent à la guérison spontanée (Breisky) ; on a même vu se fermer de larges ouvertures



provenant du sphacèle d'une anse intestinale (L.-H. Petit): Mais, le plus souvent, la lésion est définitive et constitue une infirmité, souvent incurable, qui conduit les malades à la cachexie, par insuffisance d'assimilation.

TRAITEMENT. — Des soins de propreté suffisent parfois à la guérison d'une fistule minime et récente; ils sont nécessaires, dans tous les cas, pour atténuer les inconvénients sociaux et l'irritation vaginale attendant à l'écoulement.

Quant au traitement opératoire, il ne comporte pas de méthode unique et n'est que trop souvent suivi d'insuccès.

Contre les fistules proprement dites, on essaiera la cautérisation ou l'oblitération directe.

Contre l'anus vaginal, on s'inspirera de l'un ou l'autre des procédés qui ont été employés dans certains cas particuliers.

Dans tous les cas où une tentative opératoire par le vagin est impossible, ou a donné un échec, et dans les fistules entéro-utérines, on est autorisé à faire la laparotomie et l'entérorrhaphie.

Enfin, on aura la ressource extrême d'obturer le vagin et l'utérus après avoir créé, au-dessus du colpoclélisis, une large ouverture qui dérive les matières vers le rectum. (Voir Deuxième partie).

#### VII. — Atrésie et sténose acquises de la vulve et du vagin.

ÉTILOGIE ET PATHOGÉNIE. — Les lésions provoquées par un accouchement laborieux sont la cause la plus ordinaire de ces déformations. Viennent ensuite les traumatismes accidentels ou chirurgicaux: corps étrangers, brûlures, injections caustiques, cautérisations actuelles, viol; les ulcérations, spécifiques ou produites par le long séjour d'un corps étranger; les gangrènes, consécutives aux fièvres graves, rougeole, scarlatine, variole, choléra, fièvre typhoïde; les suppurations péri-vaginales; l'esthiomène; la vaginite même (Simpson, Hildebrandt). L'atrophie sénile peut aller jusqu'à l'oblitération complète (Chaput).

Ces diverses causes agissent, soit en produisant une perte de substance suivie de cicatrices ou d'affrontements vicieux (traumatismes obstétricaux ou autres, gangrènes, ulcérations); soit en déterminant une sclérose rétractile (vaginite, péri-vaginite disséquante, régression sénile).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le calibre du conduit vulvo-vaginal est complètement oblitéré (atrésie), ou plus ou moins rétréci (sténose).

L'atrésie acquise est rare et suppose des lésions profondes. Rare-

ment aussi les cicatrices siègent à la vulve (gangrènes, traumatisme accidentel, brûlures); le plus souvent, elles intéressent le fond du vagin et coexistent avec des déformations du col. Elles présentent des brides irrégulièrement tendues, dans le sens transversal ou oblique, faisant relief sous forme d'un croissant, d'un anneau complet ou d'un diaphragme perforé au centre. Ces brides, uniques ou multiples, diversement anastomosées, obturent complètement le conduit ou laissent un passage plus ou moins libre aux sécrétions. Généralement, dans l'atrophie sénile, le vagin, sans être oblitéré, est réduit à un canal infundibuliforme et inextensible.

La métrite est fréquente, qu'elle soit consécutive à la cause qui a produit la déformation elle-même, ou qu'elle résulte de l'obstacle apporté au drainage de l'utérus. Le col peut être dévié par une cicatrice vaginale, et une communication existe souvent entre le vagin et la vessie ou le rectum (Voir *Fistules vaginales*).

SYMPTÔMES. — Ils sont subordonnés au degré de la lésion et à son siège. L'atrésie complète donne lieu à des accidents de rétention que nous étudierons plus loin. Lorsque la sténose est légère ou siège très haut, le coït reste possible et retarde même la marche progressive de la coarctation; il devient impossible si la lésion est accentuée et siège à la vulve.

Sans que l'obturation soit absolue, l'orifice d'un anneau cicatriciel peut être si étroit, ou si bien masqué par une bride, que l'écoulement menstruel devient très difficile, et il se produit, sinon de la rétention complète, au moins de la dysménorrhée mécanique. On comprend aussi que ledit orifice puisse être très difficile à découvrir.

La lésion n'est pas douloureuse par elle-même; mais elle peut déterminer des douleurs pelviennes réflexes, des métrorrhagies, et rend les tentatives d'exploration ou de coït très pénibles.

Sa marche est d'ailleurs progressive, la rétraction inodulaire s'accroissant avec les progrès de l'âge et l'éloignement des rapports sexuels.

PROGNOSTIC. — Il est évident que les deux grands dangers à craindre, *dystocie* et *rétention* menstruelle, disparaissent après la ménopause. Mais si la lésion peut passer inaperçue des malades, dans les cas légers, elle offre, par contre, lorsqu'elle est plus prononcée, de grandes difficultés de traitement. Elle n'empêche pas absolument la fécondation, mais peut causer des accidents sérieux au moment de l'accouchement.

DIAGNOSTIC. — La consistance des cicatrices, jointe aux déformations du col, à un écoulement de vaginite ou à des métrorrhagies,



pourrait parfois faire croire à un *cancer du col*; de même, l'*atrophie sénile* pourrait peut-être en imposer pour une *infiltration néoplasique des parois*. Cependant un examen un peu approfondi, la marche de l'affection et, au besoin, le contrôle du microscope suffiront à lever les doutes.

Le *vaginisme* a des signes trop caractéristiques pour prêter longtemps à la confusion.

**TRAITEMENT.** — Les *atrésies* acquises sont comparables aux atrésies congénitales, au double point de vue des indications du traitement et du mode opératoire.

Quant aux *sténoses*, on peut être appelé à les combattre dans trois circonstances différentes (Pozzi) : *en dehors de la grossesse ; pendant la grossesse ; au moment de l'accouchement.*

a. *En dehors de la grossesse*, l'intervention a pour but de permettre le coït et de remédier aux accidents de rétention et aux troubles réflexes.

Les moyens à employer diffèrent avec le siège, le degré et l'épaisseur des cicatrices. La *dilatation* simple, brusque ou progressive, n'a qu'un effet passager. On peut cependant y recourir à titre palliatif. En cas de sténose généralisée, de degré modéré, le moyen le plus efficace consiste à apprendre à la malade à se passer elle-même, chaque jour, un mandrin de volume approprié (bougie d'Hégar par exemple), qu'elle doit laisser en place pendant un certain temps.

La *section radiale des brides*, jusqu'à leur insertion sur la muqueuse, convient aux rétrécissements annulaires : on la fera suivre d'une dilatation, continuée jusqu'à cicatrisation, avec des pessaires cylindriques.

L'*excision* de tout le tissu cicatriciel, suivie de suture lorsque la cicatrice est limitée, ou d'autoplastie, lorsqu'elle est étendue, est le mode de traitement le plus sûr, mais n'est pas toujours possible.

b. *Pendant la grossesse.* — En tenant compte du ramollissement et de la dilatabilité des tissus au moment du travail, on cherchera à se rendre compte, autant que possible, si, après dilatation ou section des brides, l'accouchement à terme deviendra possible. Sinon, on n'hésitera pas à provoquer l'accouchement prématuré, ou même l'avortement, plutôt que d'exposer la malade à une rupture de l'utérus ou du vagin.

c. *Au moment de l'accouchement.* — Si la dilatation, au moyen des divers dilataleurs, ne suffit pas, on pourra la faire précéder d'incisions faites sur l'obstacle, sauf à réparer, dans la suite, les désordres produits.

Le craniotomie, dans ces conditions, est d'exécution difficile et dangereuse : il vaudrait donc mieux peut-être, dans bien des cas, étant donnés les succès de la chirurgie abdominale, lui préférer d'emblée l'opération césarienne, ou l'amputation de Porro (Pozzi).

## CHAPITRE III

### LÉSIONS TRAUMATIQUES ET DÉFORMATIONS DE L'UTÉRUS.

#### I. — Lésions traumatiques.

Les ruptures du corps de l'utérus, spontanées, ou consécutives à une intervention, au moment de l'accouchement, sont du ressort de l'obstétrique : nous ne nous occuperons ici que des traumatismes accidentels de cette même région. Par contre, bien que reconnaissant presque exclusivement pour cause l'accouchement, les déchirures du col forment un chapitre important de la gynécologie.

#### 1° Lésions traumatiques du corps de l'utérus.

**ÉTILOGIE ET PATHOGÉNIE.** — Un traumatisme peut porter sur l'utérus, en état de gestation ou de vacuité, et agir de *dehors en dedans* ou de *dedans en dehors* (Delbet).

A l'état de vacuité, protégé qu'il est par le squelette pelvien, l'utérus n'est guère accessible, isolément, aux traumatismes *de dehors*. Lorsqu'il est atteint, c'est généralement au milieu de désordres tels, que sa lésion n'est qu'accessoire.

Est-il gravide ou augmenté de volume par une tumeur, il peut être lésé ou rupturé, la paroi abdominale restant intacte (violente contusion abdominale), ou étant elle-même perforée (projectiles, coups de corne, instruments piquants ou tranchants).

Les lésions les plus fréquentes sont produites de *dedans en dehors* et ne s'observent guère que dans deux conditions : *tentative criminelle d'avortement* (perforation par l'aiguille employée) ; ou *accident chirurgical*.

Dans ce dernier cas, il s'agit généralement de l'excision d'un polype ou de l'énucléation d'un fibrome : la paroi utérine, inversée ou amincie au niveau du point d'implantation de la tumeur, est comprise dans la section du pédicule, ou cède sous les efforts de l'exérèse.

La perforation par une curette, un hystéromètre, n'est guère à