

Enfin, la conservation des culs-de-sac du vagin, les données de l'hystérométrie combinée au palper ou au toucher, donnent le moyen de distinguer l'hypertrophie des deux segments, sus et sous-vaginal, ou leur association.

TRAITEMENT. — Il consiste dans l'amputation du col, d'après le procédé de Simon ou celui de Schröder, suivant qu'il y a, ou non, complication d'endocervicite.

CHAPITRE IV

ACCIDENTS DE RÉTENTION DUS AUX ATRÉSIES CONGÉNITALES ET ACQUISES.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Toutes les gynatrésies, qu'elles soient congénitales ou acquises, n'entraînent pas forcément des accidents de rétention. Il faut évidemment, pour que ceux-ci se produisent, que les organes génitaux internes aient un développement normal et un fonctionnement actif; que l'exhalation menstruelle ait lieu ou qu'il se produise une hypersécrétion pathologique des muqueuses situées en amont de l'obstacle.

D'autre part, un degré considérable de *sténose* peut donner lieu à ces mêmes accidents (de Sinéty).

Le liquide retenu est presque toujours du sang, rarement du mucus ou du pus; dans ce dernier cas, la suppuration n'est que bien exceptionnellement *primitive* (cas de Rheinstadter); lorsque l'atrésie s'est produite peu après l'accouchement, il peut s'agir de rétention des lochies (Puech).

Les vices de conformation en cause sont, par ordre de fréquence, l'imperforation de la vulve, les atrésies cervicales, le cloisonnement du vagin, l'atrésie de la trompe.

L'obstacle siège-t-il à la vulve ou à la partie inférieure du vagin, le liquide est retenu dans la cavité vaginale.

La rétention dans la cavité utérine est primitive ou se produit secondairement à la distension du vagin.

De même, la rétention intra-tubaire se développe isolément ou par distension ascendante du conduit génital.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1^o **Rétention du sang.** — a. *Hématocolpos.* — Les parois du vagin sont refoulées dans tous les sens et distendues par le sang: la membrane obturatrice, mince et transparente lorsqu'elle est représentée par l'hymen (fig. 43), est plus épaisse si elle consiste en

une cloison vaginale. En ce dernier cas, elle peut être accolée à l'hymen, représenté alors par un bourrelet circulaire, et virtuellement séparé d'elle par un sillon plus ou moins profond (Dohrn).

Si le vagin est cloisonné au-dessus de l'obstacle vulvaire, il existe naturellement deux cavités. Courty a pu réunir plusieurs observations de ce genre.

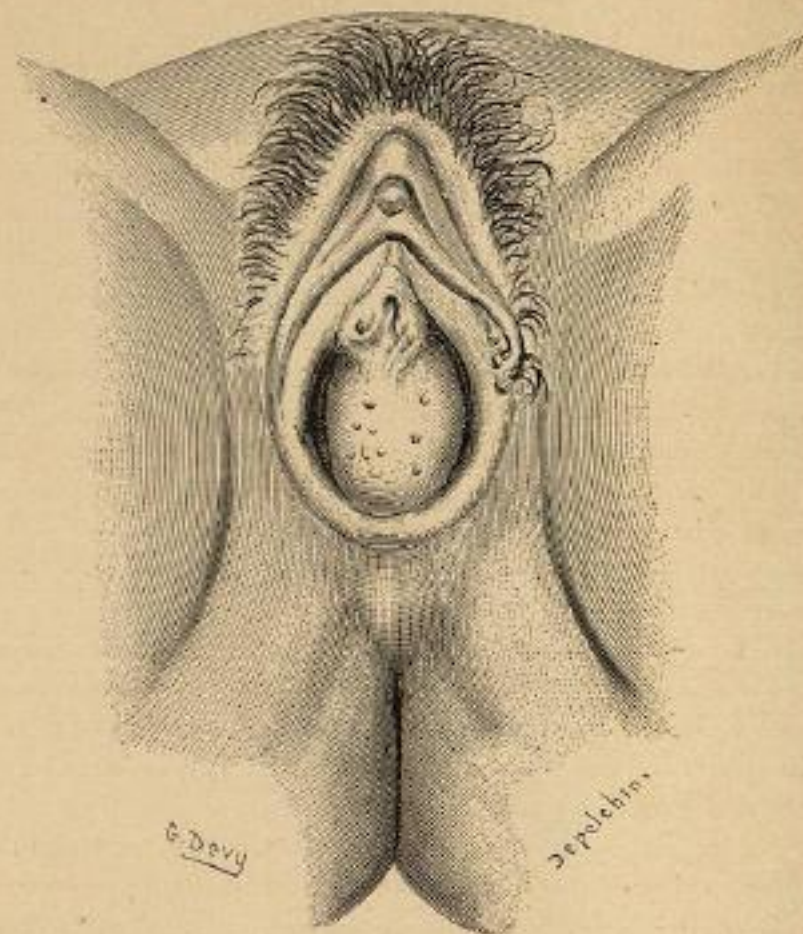


Fig. 43. — Hymen imperforé distendu par le sang des règles accumulé dans les voies génitales (Gullard).

Dans les cas simples et récents, la rétention liquide ne dépasse pas les limites du vagin. Mais lorsque l'imperforation siège assez haut, ou que la portion inférieure du conduit vaginal fait défaut, le canal cervical ne tarde pas à participer à la distension; ses parois, refoulées et amincies, se confondent avec celles du vagin, et les deux cavités n'en forment bientôt plus qu'une seule. L'orifice interne résiste longtemps: ce n'est que dans les cas anciens que la dilatation gagne, de bas en haut, la cavité utérine, et un détroit,

correspondant à l'orifice interne marque ordinairement la limite des deux tumeurs.

Dans l'hématocolpos simple ou cervico-vaginal, le corps utérin est soulevé en haut et en avant de la tumeur; la vessie et le rectum sont aplatis dans le sens antéro-postérieur contre les parois du bassin.

b. L'hématométrie pure suppose l'absence du vagin ou l'atrésie de l'un des orifices de l'utérus. Lorsque l'obstacle porte sur l'orifice externe, la rétention se fait d'abord dans la cavité cervicale, puis elle force l'orifice interne et toute la cavité utérine est transformée en une poche ovoïde, unique ou divisée par un étranglement, en forme de sablier. Les parois de l'organe sont hypertrophiées dans la plupart des cas; parfois, cependant, lorsque la dilatation s'est faite rapidement, elles sont amincies (Scanzoni, Veit). Si c'est l'orifice interne ou toute la cavité cervicale qui est imperméable, la cavité du corps seule se dilate sphériquement, et le col conserve ses dimensions.

Les rapports avec les viscères et les parois de l'abdomen varient avec le volume que prend la tumeur.

c. L'hématosalpinx de rétention résulte bien rarement du reflux du sang utérin et semble uniquement constitué, le plus souvent, par l'exhalation menstruelle propre à la trompe. On a presque toujours constaté l'imperméabilité de l'orifice utérin, que l'hématosalpinx fût isolé ou associé à l'hématomètre. Le mésosalpinx n'ayant qu'une extensibilité très limitée, le conduit tubaire se développe surtout aux dépens de sa surface libre: il en résulte des bosselures, des circonvolutions, des inflexions même, qui vont jusqu'à obturer, en certains points, la lumière du conduit; la tumeur, qui peut acquérir d'énormes dimensions, se trouve ainsi divisée en plusieurs poches isolées ou séparées par des détroits. L'orifice abdominal est ordinairement obturé; mais si le liquide épanché trouve un pertuis ou force l'obstacle, ou bien il s'écoule en petite quantité et détermine des poussées de périmérite, ou bien il fait irruption en grande abondance et donne lieu à l'hématocèle intra-péritonéale. L'un ou l'autre de ces accidents peuvent résulter aussi de la rupture de la poche. Celle-ci a presque toujours contracté des adhérences avec les parois abdominales ou les viscères voisins.

Le sang retenu est profondément modifié, épaissi, de la couleur et de la consistance du goudron. Sa quantité, très variable d'ailleurs, augmentant à chaque période menstruelle pour diminuer dans l'intervalle, est toujours inférieure à la quantité qui se

serait écoulée au dehors pendant le temps qu'a duré la rétention (Schröder).

2° Rétention de pus. — Le sang peut subir la transformation purulente (*pyocolpos*, *pyométrie*, *pyosalpinx*), soit spontanément, lorsque l'atrésie est survenue au-dessous d'une partie enflammée, ou qu'elle est constituée par des végétations cancéreuses; soit à la suite d'une ponction, ce qui est plus fréquent. Quelquefois la décomposition du contenu peut amener la formation de gaz (*physométrie*).

3° Rétention de mucus. — L'*hydrométrie*, c'est-à-dire la rétention d'un liquide hypersécrété, séreux ou muqueux, limpide ou teinté, ne s'observe guère qu'après la ménopause. Elle est assez fréquente (25 p. 100, Hennig), et l'atrésie sénile, dont elle dépend, siège le plus souvent à l'orifice interne. Les parois utérines sont, dans ce cas, plutôt amincies qu'hypertrophiées et la muqueuse prend l'aspect lisse d'une séreuse (Schröder).

Les cas d'*hydrocolpos* (accumulation de mucus dans le vagin) sont tout à fait exceptionnels et ont été observés surtout chez des nouveau-nés (Godefroy, Breisky, Veit).

SYMPTÔMES. — Si l'atrésie est congénitale, les accidents de la rétention sanguine apparaissent au moment de la puberté; si elle est acquise, au moment des premières règles qui suivent l'accident, ou après une période de dysménorrhée progressive. Dans le premier cas, la jeune fille éprouve d'abord une sensation de pesanteur, de gêne dans le bassin, puis des douleurs lombaires irradiées vers le pubis, le périnée, les cuisses; mais nul écoulement ne se montre. Ces symptômes durent quelques jours, puis disparaissent pour se reproduire, les mois suivants, avec une intensité croissante, en même temps que leur durée se prolonge. La douleur finit par être continue, avec exacerbations périodiques, consistant en coliques utérines et phénomènes de compression recto-vésicale. Ce n'est parfois qu'à l'occasion de la rétention d'urine que le médecin est consulté.

Le maximum de ces symptômes est beaucoup plus rapidement atteint lorsque l'atrésie est acquise.

En même temps, se montre, à la région hypogastrique, une tumeur médiane, rénitente, peu sensible à la pression. Peu apparente d'abord, elle augmente avec chaque molimen menstruel, diminue ensuite incomplètement et, par une marche plus ou moins régulière, mais progressive, peut arriver à distendre la vulve et à dépasser l'ombilic. Parfois, au contraire, la tumeur est nulle ou très minime: c'est ce qui arrive lorsque la transsudation

menstruelle est peu abondante, lorsqu'il y a déviation complémentaire des règles ou lorsque l'aménorrhée véritable finit par survenir.

Les symptômes de l'hydrométrie, beaucoup moins intenses, se bornent à des coliques utérines : ils peuvent même faire totalement défaut. Pour ceux de la rétention purulente, nous renvoyons aux abcès pelviens.

MARCHE ET TERMINAISONS. — Dans l'atrésie acquise ou congénitale, il peut arriver, par le fait d'hémorragies supplémentaires ou d'une ménopause anticipée, que les accidents de la rétention sanguine disparaissent, mais il ne faut guère compter sur cette éventualité exceptionnelle.

Plus souvent on verra survenir des troubles digestifs, des vomissements, qui contribueront à conduire la malade à l'hecticité et à la mort.

Du côté de la tumeur, plusieurs terminaisons peuvent s'observer, avec des conséquences variables :

L'obstacle se rompt, par suite de sa distension excessive ou sous l'influence d'un effort; ou bien, il est détruit par gangrène, et le sang s'échappe à l'extérieur. Cette terminaison, qui s'observe surtout en cas d'imperforation de l'hymen, d'atrésie congénitale ou acquise du col, sera favorable si, par des soins appropriés, on empêche l'obstacle de se reformer et si l'on dirige antiseptiquement l'évacuation de la poche. A défaut de soins, l'atrésie peut se reproduire, ou des accidents infectieux se développent.

Si l'obstacle est trop résistant, c'est l'organe distendu qui peut se rompre (vagin, utérus, trompes). La rupture spontanée, ou provoquée par une exploration trop violente, par la décompression brusque des parois de la trompe, dans une évacuation trop rapide, s'effectue dans le péritoine, d'où péritonite ou hématocele, avec leur marche ultérieure et leur pronostic respectifs; dans une cavité voisine : vessie, rectum, intestin; exceptionnellement dans l'estomac (Puech), dans le tissu cellulaire du bassin (perforation de la fesse gauche dans un cas de Graf). La guérison ne survient alors que bien rarement; la poche se vide mal, souvent suppure, et les accidents de rétention se renouvellent, en s'aggravant, à l'époque suivante.

PROGNOSIC. — Il est donc naturel de conclure à la gravité de ces accidents : les terminaisons heureuses ne sont guère à attendre qu'en cas d'exsudation sanguine médiocre, permettant d'espérer une ménopause précoce, ou au voisinage de la ménopause normale. Autrement, il faut compter avec les ruptures, la suppuration, la

péritonite qui peut survenir, même en l'absence de toute solution de continuité. D'une manière générale, le pronostic est d'autant plus sérieux que l'obstacle siège plus haut. L'intervention elle-même, indépendamment des difficultés qu'elle rencontre souvent, n'est pas dépourvue de dangers : nous avons vu que la rupture des trompes est facile pendant l'évacuation de la tumeur utérine et la suppuration complique vite l'insuffisance du drainage ou un défaut de propreté. Néanmoins le pronostic opératoire est aujourd'hui singulièrement amélioré : on a même publié un assez grand nombre de cas de grossesses survenues après guérison.

DIAGNOSTIC. — Le retour périodique du molimen menstruel, sans écoulement sanguin, chez une jeune fille, au moment de la puberté, ou l'aménorrhée douloureuse survenant chez une femme qui a subi un traumatisme génital, doivent tout d'abord faire songer à une atrésie. Le diagnostic se confirme si on constate la présence d'une tumeur pelvienne, médiane et rénitente, dont le développement ou l'accroissement a coïncidé avec les époques menstruelles.

Restent à établir le siège anatomique de l'ectasie et la nature de l'obstacle.

Lorsque celui-ci siège à la vulve ou à la partie inférieure du vagin, il est aisé de le reconnaître. Le toucher vaginal n'est pas possible; le périnée est distendu par une tumeur qui écarte les lèvres de la vulve et dont on peut apercevoir, par transparence, la coloration rougeâtre ou bleuâtre. Si l'imperforation siège plus haut, le segment inférieur du vagin est, ou non, perméable. Dans le premier cas, on peut, avec le doigt ou une sonde, en s'aidant au besoin du toucher rectal, se rendre compte du siège et, jusqu'à un certain point, de l'épaisseur de la cloison. Dans le second cas, c'est au toucher rectal, seul ou combiné avec le cathétérisme vésical et le palper, qu'on aura recours.

S'il s'agit d'obstacle vulvaire ou vaginal, c'est à l'hématocolpos qu'on a affaire, du moins primitivement. En haut et en avant de la tumeur liquide, dont il faut parfois rechercher le fond jusqu'à l'ombilic et au-dessus, on trouve une petite tumeur dure contrastant, par sa consistance, avec la tumeur principale, et qui n'est autre que le corps de l'utérus. Il est difficile d'apprécier si la dilatation intéresse aussi la cavité cervicale; mais cette distinction n'a guère d'importance pratique. L'absence de l'utérus en haut de la tumeur, les grandes dimensions de celle-ci, l'ancienneté du cas, feront supposer que la dilatation porte sur tout l'utérus en même temps que sur le vagin.

L'hématométrie pure est plus difficile à diagnostiquer : cependant la forme sphérique de l'organe, la consistance spéciale que donne la tension extrême de ses parois, sont assez caractéristiques. Les manœuvres du palper doivent toujours être pratiquées avec beaucoup de ménagement pour ne pas provoquer la rupture des trompes.

Si l'orifice externe est oblitéré, le doigt constate, en même temps que son imperforation, l'effacement complet du col ; tout cathétérisme est impossible.

Lorsque le col garde ses dimensions et que l'obstacle siège à l'orifice interne, les chances d'erreur sont plus grandes : cependant le cathétérisme, d'une part, les anamnétiques, d'autre part, et la consistance de la tumeur, assurent généralement le diagnostic. La grossesse, un polype, un fibrome sous-muqueux ou kystique, le cancer du corps de l'utérus, ont une marche et des signes physiques différents. Il en est de même de l'hématocèle : cependant les deux tumeurs peuvent coexister après effraction d'une trompe distendue. De même l'hématométrie peut être due à des néoplasmes qui donnent lieu à des hémorragies intra-utérines.

L'hématosalpinx a ses signes propres que nous indiquerons ailleurs.

L'hydrométrie est rare et ne s'observe guère qu'après la ménopause ; la tumeur ne prend jamais un grand développement et ses symptômes sont très atténués, relativement à ceux de l'hématométrie. La forme régulièrement globuleuse de l'utérus distendu, sa consistance élastique, l'absence de tout écoulement et l'impossibilité du cathétérisme la distinguent de la métrite, des fibromes interstitiels et des tumeurs malignes. Dans les cas où le diagnostic reste douteux, Pozzi conseille de recourir à la laparotomie exploratrice, comme moins dangereuse que la ponction. On peut alors refermer le ventre et opérer par le vagin, comme l'a fait Slavjansky.

La transformation purulente ne se produit guère qu'après une évacuation incomplète, spontanée ou opératoire, et s'annonce par les phénomènes fébriles habituels.

Les accidents de rétention, dans les cas de *duplicité du canal génital*, méritent une mention spéciale. Nous avons vu quelles peuvent être les variétés de cette malformation. L'oblitération peut porter sur les deux côtés du canal, totalement ou partiellement dédoublé, et amener l'hématocolpos ou l'hématométrie doubles dont les signes et la marche se confondent avec ceux des cas ordinaires. Le plus souvent, l'oblitération n'est qu'unilatérale et porte sur un côté du vagin ou sur l'utérus.

Les accidents apparaissent encore au moment de la menstruation

avec des caractères et une périodicité analogues à ceux que nous avons décrits ; mais ils peuvent ne se montrer qu'après plusieurs périodes régulières et lorsque l'afflux sanguin devient plus considérable. Ce qui les distingue, c'est la coïncidence d'un écoulement sanguin. Les règles varient du reste ; ordinairement normales, elles peuvent être nulles ou surabondantes. La santé générale est beaucoup plus tardivement influencée et la fécondation est possible du côté perméable.

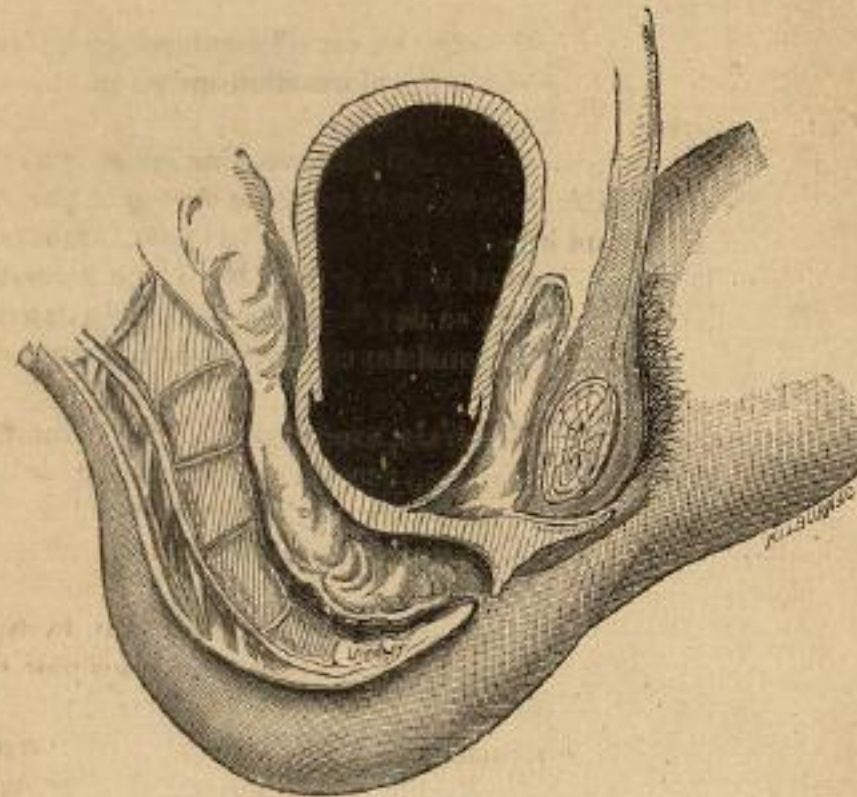


Fig. 46. — Absence du vagin.

L'hématocolpos forme une tumeur allongée, cylindrique, élastique, située plus souvent à droite, perceptible par le côté perméable du vagin, décrivant, la plupart du temps, un trajet demi-spiroïde d'avant en arrière et de bas en haut (Breisky) : sa partie supérieure est coiffée par la corne utérine correspondante, ou bien celle-ci prend part à la distension. Le cul-de-sac vaginal du côté de la tumeur est impénétrable au doigt (fig. 46).

Dans l'hématométrie unilatérale, la tumeur est plus élevée, intimement accolée à l'utérus, tendue, élastique, et refoule en bas le cul-de-sac vaginal. Le vagin est libre.

Les terminaisons fâcheuses déjà indiquées dans les cas précé-

dents peuvent encore s'observer ici. Cependant le pronostic est meilleur, grâce à deux conditions qui se réalisent assez souvent : la rupture se fait fréquemment à l'extérieur, aux dépens de la cloison qui sépare les deux moitiés du vagin ou de l'utérus ; c'est là une terminaison favorable, pourvu que l'évacuation se fasse librement et qu'on prévienne l'infection de la poche. Ou bien, l'exhalation sanguine se fait tout entière du côté perméable après avoir cessé dans la corne rudimentaire ; la tumeur reste alors stationnaire ou finit par se résorber.

Le *diagnostic* est en général facile, en cas d'hématocolpos latéral, pour peu que l'on songe au vice de conformation qui en est le point de départ. Le siège de la tumeur, ses caractères spéciaux, son mode de développement, sont assez caractéristiques. Une *cystocèle* se reconnaît par le cathétérisme vésical ; un *kyste du vagin*, par ses dimensions moindres ; un kyste de la *glande de Bartholin*, remontant très haut, par le dédoublement de la grande lèvre. Un *thrombus vaginal* est moins bien limité et se développe surtout après l'accouchement ; l'*entéroocèle* a une consistance molle, non fluctuante, toute spéciale, etc.

En cas d'hématométrie unilatérale, avec vagin unique, la tumeur liquide est nettement circonscrite, accolée à l'utérus ou même courbée en sens inverse : le cul-de-sac vaginal correspondant est complètement effacé et l'orifice externe du col peut affecter la forme d'un fer à cheval ouvert du côté de la tumeur (Schröder).

Si la rétention se produit dans une corne rudimentaire, le diagnostic peut être très difficile et exige une exploration des plus soigneuses ; souvent on ne pourra la distinguer, que par exclusion, d'un fibrome pédiculé ou inclus dans le ligament large, d'une collection tubaire, d'un ovaire kystique et adhérent, etc. Une grossesse peut coexister dans la cavité utérine perméable et augmenter encore les difficultés.

TRAITEMENT. — Exclusivement chirurgical, il doit être appliqué le plus tôt possible et tendre, tout à la fois, à l'évacuation de la tumeur et à la suppression de l'obstacle.

Lorsque l'imperforation est hyménéale, vulvaire, ou rétrovulvaire, que la dilatation occupe le vagin seul ou gagne l'utérus, lorsque la tumeur, en un mot, fait saillie à la vulve, elle doit être ponctionnée d'abord, avec un bistouri ou un gros trocart, de manière que l'évacuation se fasse lentement, puis on agrandira l'ouverture et on assurera sa perméabilité.

Le traitement est le même, si la membrane obturatrice siège plus haut, pourvu qu'elle soit mince.

Lorsque le vagin manque, en totalité ou en partie, l'opération, beaucoup plus délicate, consiste à créer un vagin artificiel et à atteindre la tumeur par la voie périnéale.

La *ponction par le rectum* (Baker Brown, Boyer, Dubois, Scanzoni) doit être rejetée. La *ponction par la vessie* (Simon, Spiegelberg), pratiquée au-dessous du cul-de-sac péritonéal, peut être employée comme pis aller, mais expose aussi à l'infection. Pozzi conseille de préférence la voie *para-sacrée* ou *para-rectale*.

En cas d'hématométrie, lorsque l'oblitération siège à l'orifice externe, ponctionner au niveau de la dépression ostiale, si elle est indiquée, sinon, un peu en arrière du centre du col ; on agrandira ensuite l'orifice.

Si c'est l'orifice interne qui est obturé : dilater préalablement le trajet cervical et, si l'ouverture ne se fait pas spontanément, la pratiquer au moyen d'une sonde ou d'un trocart.

Dans tous les cas, on laissera la tumeur se vider lentement, sans exercer de pressions sur le ventre ; on assurera le drainage de la cavité et on pratiquera ensuite le curettage. Il sera bon de maintenir la perméabilité du trajet, soit par des séries de dilatations, soit au moyen d'une tige de verre ou d'ébonite qu'on maintiendra quelques jours en place.

L'*hématosalpinx*, s'il est facilement accessible par le vagin, sera traité par la salpingotomie vaginale. Dans le cas contraire, on aura recours à la laparotomie : en cas de rupture, celle-ci s'impose sans délai.

C'est encore la laparotomie qui est la méthode de choix (Pozzi) pour le traitement de la rétention dans une *corne rudimentaire* de l'utérus : on pratiquera alors, soit l'ablation de la tumeur, soit la suture de la poche à la paroi abdominale. L'hystérectomie est justifiée, dans certains cas d'*utérus bicorne*, lorsque le contenu de la tumeur, de consistance trop solide, ne peut être évacué par le vagin.

Enfin, en cas d'hématocolpos latéral, on préférera à l'incision parcimonieuse, conseillée par Schröder, la résection, aussi complète que possible, de la cloison, afin de transformer le vagin double en un canal unique (Pozzi).