

niacale. Les autres symptômes sont communs à toutes les tumeurs vaginales. Un simple sondage suffit pour faire disparaître la tumeur; d'ailleurs sa réductibilité la distingue des kystes.

Le traitement, essentiellement palliatif, consiste à opérer la réduction et à

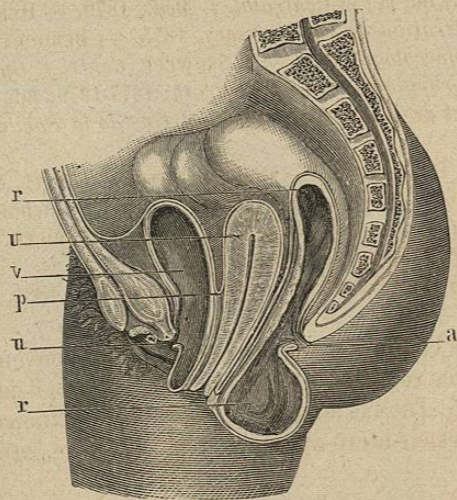


Fig. 114. — Cystocèle et rectocèle s'accompagnant de prolapsus utérin.
rr, rectum, — U, utérus, — a, anus, — V, vessie, — u, urètre, — p, péritoine. (D'après DE SINÉTY, *Traité de gynécologie*, 2^e édition, 1884.)

exercer une compression sur la paroi antérieure du vagin (bandage à pelote, pessaire à air, éponge), en ayant soin d'éviter la réplétion prolongée de la vessie.

B. — RECTOCÈLE

La hernie du rectum dans le vagin s'opère par le même mécanisme que la précédente; c'est la paroi antérieure qui est entraînée dans la descente du vagin. Ainsi se forme peu à peu un diverticulum de l'ampoule fécale plein de matières, susceptible d'acquies le volume d'une orange et de proéminer à la vulve (fig. 113). Presque toujours il en résulte des complications ano-rectales, la constipation, la rectite, les abcès, les fistules et surtout les hémorroïdes.

§ 7. — Fistules vaginales

Bibliographie. — LALLEMAND, *Arch. gén. de méd.*, 1825, t. VII, p. 481. — GOSSET, *The Lancet*, 1834, 1835. — JOBERT, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1837, t. II, p. 145, et *Traité des fistules vésico-utérines*, etc., Paris, 1852. — G. SIMON, *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln*, Giessen, 1854. — ROSTOCK, *Ibid.*, 1862. — MARION SIMS, *Amer. J. of Med. Sciences*, janvier 1859, p. 59, et *Gaz. hebd.*, t. VIII, p. 747. — BOZEMAN, *Remarks on*, etc., 1856. — VERNEUIL, *Gaz. hebd.*, 1860, t. VII, p. 842, in

Bull. de l'Acad. de méd., 1860, t. XVI, p. 173, et *Arch. gén. de méd.*, 5^e série, t. XIX. — DUBRISAY, *Bull. de thérap.*, janvier 1860. — DEROUBAIX, *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1862, 1863. — BOUISSON, *Gaz. hebd.*, 1863, t. X, p. 519. — AMABILE, *Il Movimento medico-chir.*, 1874, et *Il Morgagni*, 1875. — VERNEUIL, *Chirurgie réparatrice*, t. 1^{er}. — LÉOPOLD LANDAU, *Arch. f. Gyn.*, t. IX, 1876. — MARTIN, *Zeitsch. f. Geburt. u. Gyn.*, Bd. IV, et *Centralbl. f. Med.*, 1879. — HERGOTT, *Acad. de méd.*, 1875, et *De l'oblitération du vagin*, Nancy, 1875. — DEROUBAIX, *Traité des fistules*, 1870 et *Ann. de gynécologie*, 1874. — M. SCHWEDE, *Centr. f. Gyn.*, 1881. — WINCKEL, *Handbuch der Chirurgie de Pitha et Billroth*, 1877-1879, Bd. IV, A. I.

Consultez les *Annales de gynécologie*, les *Bulletins de la Soc. de chir.* et les *Traités spéciaux*.

Thèses de Paris. — 1835, FORGÉ. — 1837, BOUISSON. — 1844, MICHON (Concours). — 1861, JOUON. — 1864, MONTEROS D'ANDRADE. — 1866, FORICHON. — 1869, FERRAND. — 1873, DE MONTIGNY. — 1875, SARRY. — 1876, LE DOUBLE. — 1877, BOULAY. — 1878, CASUSO. — 1879, BONNET. — 1882, CARRET.

Thèses de Montpellier. — 1872, BLOC. — 1874, GILBERT. — 1881, GONTIER.

Divisions. — Les communications anormales qui peuvent se produire entre le vagin et les viscères voisins portent le nom de fistules; il en existe des formes assez nombreuses. G. THOMAS admet : 1^o des fistules urinaires (vésico-vaginale, urétéro-vaginale, vésico-utéro-vaginale, vésico-utérine, urétéro-utérine, uré-

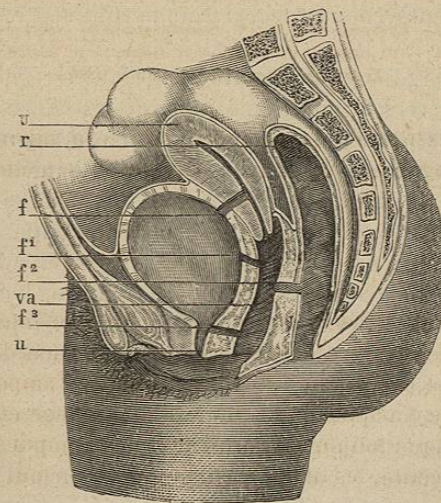


Fig. 115. — Principales variétés de fistules vaginales.
U, utérus, — u, urètre, — va, vagin, — f, fistule vésico-utérine, — f¹, fistule vésico-vaginale, — f², fistule recto-vaginale, — r, fistule urétéro-vaginale.

tro-vaginale; 2^o des fistules fécales, recto-vaginales, entéro-vaginales, recto-labiales et recto-vulvaires; 3^o des fistules vaginales simples, péritonéo-vaginales. Nous étudierons seulement les principales variétés des deux premiers groupes.

A peine est-il besoin d'expliquer en quoi consistent les diverses fistules

urinaires; un coup d'œil jeté sur la figure empruntée à DE SINÉTY nous dispensera d'une description pour chacune d'elles. La plus fréquente est la fistule vésico-vaginale.

1^o FISTULE VÉSICO-VAGINALE

Étiologie. — La plupart des fistules vésico-vaginales sont la conséquence d'un accouchement laborieux. Lorsque le bassin présente un certain degré de rétrécissement ou lorsque la tête du fœtus est restée longtemps engagée au détroit inférieur, la cloison vésico-vaginale subit une compression prolongée; c'est encore plus la durée de la pression que son intensité qui détermine la mortification. Les manœuvres chirurgicales avec le forceps, le céphalotribe produisent accidentellement des lésions qui ne semblent pas étrangères à l'étiologie des fistules. En outre il y aurait d'après quelques auteurs de véritables épidémies de gangrène de la vulve et du vagin.

En dehors de la puerpéralité, des causes fort diverses donnent naissance aux fistules, le séjour prolongé des corps étrangers du vagin entraîne fréquemment des perforations gangreneuses; il en est de même pour ceux de la vessie. Les phlegmons, les hématoécèles, les calculs vésicaux, les traumatismes accidentels (chute sur un corps acéré) ou chirurgicaux (ponctions, taille), enfin les néoplasmes destructeurs comme le carcinome sont susceptibles de produire le même résultat.

Quoi qu'il en soit, le plus grand nombre des fistules résultent de la chute de l'escarre qui survient vers le quatrième jour. Si les efforts naturels sont impuissants à combler la perte de substance, la perforation reste définitive.

Anatomie pathologique. — Nous avons vu que les fistules urinaires occupent des points très variés; la fistule vésico-vaginale elle-même se rapproche plus ou moins du col de l'utérus ou du trigone. L'orifice de communication est tantôt réduit à un fin pertuis, à une fente, tantôt il est plus étendu, semi-lunaire ou arrondi; parfois il en existe plusieurs. Ses abords offrent des différences notables d'un cas à un autre. Ici ils sont épais, calleux, ailleurs minces et tranchants. Lorsque l'escarre primitive a été un peu étendue, la communication entre les deux cavités devient très large.

A la fistule vésico-vaginale s'ajoutent souvent des rétrécissements de l'urètre, des cystites chroniques, des calculs vésicaux (NICAISE), le rétrécissement cicatriciel du vagin, qui gênent sensiblement les opérations. La muqueuse de ce dernier organe présente des modifications importantes dues au contact persistant de l'urine; le vagin devient pâle, flasque, macéré.

Symptômes. — L'écoulement de l'urine par le vagin constitue le principal symptôme de la fistule vésico-vaginale; dans les larges pertes de substance, toute l'urine s'écoule involontairement et constamment par la vulve. Si la fistule est moins étendue, une partie du liquide suivra la voie normale. Continue lorsque la perforation siège au niveau du trigone, l'issue de l'urine devient intermittente si la fistule est uréthro-vaginale. D'ailleurs il existe de grandes variations chez la même malade suivant la position. On conçoit en

effet que dans la station debout, si la fistule est située au-dessus de l'orifice des uretères, l'urine pourra être conservée. Cette incontinence, infirmité grave, engendre toute une série d'accidents; l'urine devient ammoniacale, exhale une odeur fétide caractéristique, les parties sexuelles enflammées sont le siège d'érosions, d'inflammations, de végétations et de concrétions. Les cuisses s'excorient aussi; un état semblable retentit bientôt sur la santé; signalons une constipation opiniâtre. Si les règles persistent, si la femme peut concevoir, accoucher normalement, il n'en est pas toujours ainsi; en général les malades s'affaiblissent, deviennent tristes, souffrant de se voir un objet de dégoût pour elles et leurs proches.

Les fistules récentes sont susceptibles de guérir spontanément; c'est là une éventualité d'autant plus rare que l'on s'éloigne du début de l'affection. Il faut encore signaler la possibilité d'un autre mode de guérison spontanée; le vagin s'oblitére au-dessous de la fistule, puis le flux menstruel passe par l'urètre avec l'urine.

Diagnostic. — L'écoulement de l'urine, les circonstances étiologiques suffisent déjà pour faire soupçonner une fistule urinaire; le toucher ne convient guère que pour les larges fistules; en s'aidant du cathétérisme de l'urètre, il sera plus facile de préciser le siège de la lésion; néanmoins l'examen avec le spéculum univalve de Sims est toujours utile. Quelquefois même la fistule est si petite, qu'il devient nécessaire de recourir à l'injection d'un liquide coloré par l'urètre. Le stilet et le doigt fournissent les renseignements complémentaires.

Pronostic. — Il serait inexact de dire que les fistules vésico-vaginales compromettent l'existence des malades, mais il est certain qu'elles la rendent insupportable et malheureuse. De plus, les complications diverses que nous avons signalées altèrent tôt ou tard la santé. Jusqu'à nos jours les traitements institués pour remédier à cette infirmité étaient la plupart insuffisants, inefficaces. Grâce aux progrès de la chirurgie contemporaine, on a pu renverser la proposition ancienne et affirmer que le succès opératoire est la règle, l'insuccès absolu l'exception. Toutes choses égales, le pronostic est subordonné à l'étendue, à la hauteur de la fistule, à son ancienneté et à l'état général des malades.

Traitement. — Historique. — Bien qu'A. PARÉ se soit déjà occupé de la cure des fistules vésico-vaginales, c'est ROONHUYSEN qui, vers 1660, paraît avoir le premier pratiqué l'avivement et la suture des bords de la perforation. WELTER (1720), FATIO (1792) perfectionnent le procédé primitif et emploient la suture entortillée. D'autres chirurgiens s'étaient également adressés à la cautérisation; parmi eux citons PIERRE DE MARCHETTIS (1664). Tandis que les premiers cherchaient la réunion immédiate, les autres préféraient la réunion secondaire. Diverses modifications heureuses furent peu à peu apportées à ces procédés par DESAULT, NŒGELÉ, SCHREGER, DUPUYTREN, LALLEMAND, JOBERT (de Lamballe), GOSSÉT. Cependant il y a trente-cinq ans le traitement de cette infirmité était encore fort mal réglé et les résultats peu encourageants. C'est à MARIOX SIMS (Amérique) et à G. SIMON (Allemagne) (1852) que reviennent surtout l'honneur d'avoir transformé la thérapeutique de la fistule vésico-vaginale. Ils ont

réussi à remplir les conditions principales du succès à savoir : 1° faciliter l'accès et la vue de la fistule ; 2° trouver une suture qui soit efficace et supportable ; 3° maintenir la vacuité de la vessie pendant et après l'opération.

Malgré les guérisons incontestables obtenues par la réunion immédiate primitive, les autres procédés anciens ont été améliorés ; la cautérisation potentielle compte encore des partisans ; de plus, en 1872, AMABILE, reprenant une idée de LALLEMAND, a remis en honneur la réunion immédiate secondaire dans laquelle on suture, non plus des surfaces cruentées, mais des bourgeons charnus. Ce procédé généralement bien accueilli a trouvé en France dans VERNEUIL un zélé partisan.

Indications. — Lorsque la fistule est récente, la guérison spontanée peut se faire si l'on parvient à vider la vessie et à empêcher l'urine de passer par la perforation. Une sonde à demeure ou de préférence des cathétérismes fréquents, l'emploi de tampons vaginaux, quelques cautérisations des bords de la plaie, le décubitus ventral permettent d'atteindre cet objectif ; malheureusement ces tentatives échouent souvent.

La fistule existe, ses bords sont cicatrisés, l'affection est spontanément incurable, que convient-il de faire ? Tous les procédés se divisent en deux groupes : 1° ceux qui consistent à aviver les bords de l'orifice avec des caustiques ; 2° ceux qui ont pour but de créer des surfaces cruentées et de les rapprocher par la suture (avivement sanglant et réunion immédiate). Mais tandis que les uns cherchent cette réunion en affrontant les bords après l'opération, d'autres font l'avivement et la réunion en deux temps et ne pratiquent la suture qu'après la formation des bourgeons charnus (réunion immédiate secondaire). Nous passerons successivement en revue ces divers moyens.

Précautions préliminaires. — Le chirurgien ne doit intervenir qu'après une époque menstruelle ; il est indiqué de soigner l'état général avant d'opérer. Localement on prescrira des injections vaginales tièdes, il faudra obtenir la perméabilité de l'urètre et un élargissement du vagin suffisant pour les diverses manœuvres opératoires. Enfin le rectum sera toujours préalablement vidé.

1° *Cautérisation.* — Elle consiste à toucher les bords de la fistule avec un caustique (nitrate d'argent, galvano-cautère, thermo-cautère, etc.). Ensuite on porte dans le vagin un gros tampon, en prenant la précaution de vider la vessie aussi souvent que possible. Ce procédé un peu délaissé de nos jours ne convient qu'aux fistulettes ; il exige plusieurs cautérisations.

2° *Avivement sanglant. Réunion primitive ou suture.* — Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur l'époque à laquelle il convient de tenter la cure radicale par la suture ; les uns veulent qu'on attende six mois après l'accouchement, d'autres préfèrent le troisième mois. La description détaillée des procédés et modifications multiples qui y ont été apportées appartient à la médecine opératoire. Aussi nous bornerons-nous à énumérer les différents temps du procédé de SIMS. Ils sont au nombre de trois : 1° l'avivement des bords de la fistule ; 2° le passage des fils ; 3° l'affrontement des bords et le serrement des sutures.

Premier temps. — Après anesthésie, on place la malade soit dans le décubitus latéral gauche (SIMS), soit dans la position genu-pectorale (BOZEMAN), ou encore

dans le décubitus dorsal (G. SIMON). Un cathéter est introduit dans la vessie et un spéculum univalve permet d'écarter les parois du vagin. A l'aide de pinces à griffes et de ciseaux ou de bistouris spéciaux, l'opérateur avive exactement les bords de la fistule en ayant soin de ne pas intéresser la muqueuse vésicale ; il obtient ainsi une couronne cruentée qu'il s'agit de réunir.

Deuxième temps. — Passage des fils. — L'ingéniosité des chirurgiens s'est donné libre carrière dans l'invention d'aiguilles et de porte-aiguilles, de ténaculums, de fourches destinés à passer les fils en métal, en soie ou en crin de Florence. Il faut veiller à ce que le fil introduit en dehors de la surface avivée passe profondément aux limites de la perforation.

Troisième temps. — L'affrontement des bords et le serrement des sutures exige toujours beaucoup de précautions et d'adresse. Aujourd'hui on a généralement abandonné la suture simple et les opérateurs se servent de sutures en plaque de Bozeman. Au lieu de tordre les fils ou de les nouer, ils sont fixés à l'aide de tubes ou de grains de plomb que l'on écrase. La sonde est laissée à demeure dans la vessie ou bien cette dernière est vidée toutes les deux heures. Afin d'éviter la tension des sutures et pour faciliter le rapprochement, le col utérin est attiré en avant à l'aide de fils, ou bien le méat urinaire débridé à sa partie supérieure (COURTY). Les sutures sont enlevées vers le cinquième jour ; dans l'intervalle il est recommandé de faire des injections détersives. Si après l'enlèvement des fils il restait encore un petit pertuis, fait fréquent, la cautérisation au nitrate d'argent permettrait parfois de compléter l'opération.

Complications. — L'avivement détermine dans plusieurs cas un écoulement sanguin gênant et même inquiétant ; on s'en rendrait maître au moyen de la forcipressure, de l'eau froide et au besoin de la ligature. Après l'opération on a vu le sang s'accumuler dans la vessie et compromettre le résultat de la suture. La cystite, la péritonite et la septicémie sont des complications peu communes ; il en est de même des altérations du rein quelquefois liées à la compression d'un ou des uretères par la suture. En pareille circonstance les symptômes d'urémie, l'anurie exigeraient l'enlèvement immédiat des fils.

3° *Réunion immédiate secondaire.* — AMABILE pratique l'opération en deux temps ; dans le premier il touche les bords de la fistule préalablement scarifiés avec de l'acide sulfurique faible porté à l'aide d'instruments spéciaux (pinceaux d'amiante). Cette cautérisation est répétée à plusieurs jours d'intervalle jusqu'à l'avivement complet. Dans le second temps les bourgeons charnus sont affrontés à l'aide de petites griffes à rateau. VERNEUIL a substitué le thermo-cautère aux caustiques chimiques et suture les bords avec les fils d'argent, en ayant soin d'interposer entre la muqueuse et le coulant de plomb que l'on écrase un petit bouton de porcelaine. Les fils sont enlevés du huitième au douzième jour.

Procédés divers. — Certains procédés exceptionnels doivent être signalés ; telle est en autres l'*élytrophlastie* imaginée par JOBERT (1834), qui consiste à disséquer un lambeau de la cuisse ou de la paroi postérieure du vagin et à le transplanter sur les bords de la fistule avivée. Elle est rarement indiquée.

L'*occlusion du vagin* convient dans quelques faits particuliers. VIDAL (de Cassis) a proposé dans ce but l'*épisiorraphie* ou suture des grandes lèvres et

G. SIMON la *kolpokleisis* ou suture des parois du vagin avivées. L'urine et les menstrues ont dès lors une cavité commune et s'écoulent par l'urètre. Dans un cas opéré par NICAISE, d'après cette méthode, il s'était formé des calculs dans la vessie.

Résultats. — L'opération de la fistule ne réussit pas constamment à la première tentative. Parfois l'insuccès n'est pas complet et à chaque essai la fistule a des dimensions moins étendues; aussi COURTY, quelque peu désillusionné, érige-t-il en méthode générale les opérations partielles et successives. D'ailleurs en comparant les divers procédés entre eux, on ne tarde pas à reconnaître que tous les chirurgiens préfèrent naturellement l'opération qu'ils emploient et qu'ils pratiquent avec le plus d'habileté. Dans ces dernières

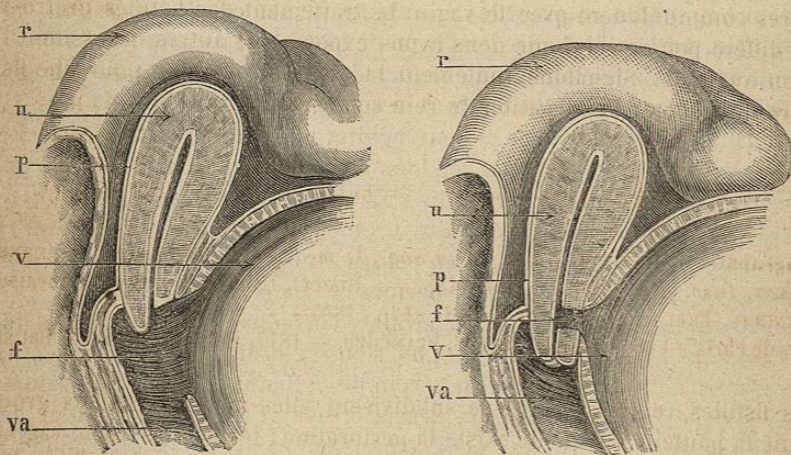


Fig. 116. — Fistule vésico-utéro-vaginale intéressant toute la levre du col utérin.

r, rectum, — u, utérus, — v, vessie, — va, vagin, — p, péritoine, — f, siège de la fistule. (D'après DE SINÉTY.)

Fig. 117. — Fistule vésico-utérine.

r, rectum, — u, utérus, — v, vessie, — va, vagin, — p, péritoine, — f, siège de la fistule. (D'après DE SINÉTY.)

années, l'intervention en deux temps, telle qu'elle a été conseillée par AMABILE, VERNEUIL, semble détrôner l'avivement et la suture primitive ou méthode américaine. Les partisans de la réunion immédiate secondaire lui reconnaissent l'avantage de s'appliquer à tous les faits, d'être d'une exécution facile; l'avivement par le caustique aurait plus de chances d'être complet que par le bistouri. La cautérisation n'expose pas aux hémorragies, aux accidents inflammatoires ou septiques du voisinage; enfin il est possible en cas d'insuccès de réopérer plus tôt que par les autres méthodes.

2° FISTULES URINAIRES DIVERSES

Bibliographie. — DUPLAY, *Soc. de chir.*, 1880, p. 93.

Nous ne décrivons que quelques-unes des autres fistules urinaires. Sans parler de la fistule uréthro-vaginale facile à comprendre, la perforation intéresse parfois le col utérin et même l'utérus. De là les variétés de fistules vésico-utéro-vaginales, superficielles si le col est seulement entamé en avant, profondes si la lèvre antérieure a été détruite (fig. 116 et 117). On connaît encore les fistules vésico-utérine, uréthro-utérine, ou uréthro-vaginale si les urètres communiquent avec le vagin. Le traitement des fistules uréthro-vaginales diffère peu de celui que nous avons exposé; les autres nécessitent l'occlusion vaginale. Signalons seulement la guérison obtenue pour une fistule uréthro-utérine par l'extirpation du rein correspondant (J. BÖCKEL).

3° FISTULES FÉCALES. — FISTULES RECTO-VAGINALES

Bibliographie. — DENEFFE, *Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, 1873. — VERNEUIL, TRÉLAT, *Disc. à la Soc. de chir.*, 1882. — RIZZOLI, *Clin. chir.*, trad. française. — VERNEUIL, TRÉLAT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885. Thèses de Paris. — 1868, SERRE. — 1873, PLANCHUD. — 1877, FÉVRIER. — 1878, BRUNEAU.

Les fistules recto-vaginales se subdivisent elles-mêmes en deux groupes suivant la hauteur à laquelle existe la perforation; les fistules recto-vaginales proprement dites et les fistules recto-vulvaires. Leurs causes sont les mêmes que pour les perforations vésicales; ce sont: en premier lieu l'accouchement (pression prolongée de la tête); viennent ensuite le séjour des corps étrangers (pessaires), les traumatismes divers, les ulcérations de la cloison et les affections inflammatoires. Le rétrécissement syphilitique du rectum s'accompagne assez fréquemment de fistules recto-vaginales étudiées par FÉVRIER. Il ne saurait être question ici des déchirures de la partie supérieure du vagin, toujours très graves en raison de la proximité du péritoine.

Anatomie pathologique. — La plupart des fistules recto-vaginales siègent à la partie moyenne du vagin et leurs dimensions offrent de grandes variétés. Quant aux fistules recto-vulvaires, elles sont en général petites, directes, situées au bas de la cloison, à l'endroit le plus mince. L'orifice vaginal est à 0^m,01 ou 0^m,02 de la vulve, l'orifice rectal à la même distance de la marge de l'anus. Quelquefois il existe des perforations multiples.

Symptômes. — Le symptôme caractéristique de ces fistules consiste dans l'issue de matières fécales par le vagin. Suivant les dimensions de la perte de substance, l'étroitesse du trajet, tantôt les matières liquides et les gaz passent seuls, tantôt il s'y joint des matières solides. Cette infirmité engendre constamment des inflammations et des excoriations des parties géni-

tales. L'examen au spéculum, l'emploi d'injections colorées, l'exploration avec le styilet, le toucher rectal fourniront au chirurgien tous les renseignements nécessaires.

Traitement. — Si quelques fistules se guérissent spontanément, d'ordinaire elles persistent. La cure radicale de ces perforations n'est pas toujours aisée; on a eu recours à tous les procédés déjà décrits à propos des fistules vésico-vaginales. A peine croyons-nous nécessaire de dire que le chirurgien respectera les fistules néoplasiques.

L'*incision* simple, du pont qui sépare les deux orifices, comme dans la fistule à l'anus, paraît rationnelle lorsque la perforation siège très bas dans le périnée. Il faut la faire suivre de la périnéorrhaphie (procédé de RICHET).

La *cautérisation* employée seule rend des services quand la fistule est récente; malheureusement cette méthode est longue, douloureuse, souvent inefficace.

Réunion immédiate sanglante. Avivement et suture. — Après avoir vidé le rectum et placé la malade dans la position de la taille, on avive les bords de la fistule du côté du vagin et l'on suture par les mêmes procédés que dans la fistule vésico-vaginale. TILLAUX a imaginé une pince analogue à la pince à chalazion de DESMARRÉS pour éviter le sang pendant l'opération; grâce aux opiacés, il sera possible de supprimer les selles pendant les premiers jours.

Réunion immédiate secondaire. — DENEFFE, VERNEUIL préconisent l'opération en deux temps ou méthode de LALLEMAND modifiée. On suture les bords de la fistule, avivés quelques jours auparavant par les caustiques ou le thermo-cautère. Malgré les plus grandes précautions et un double plan de sutures vaginales et rectales, ce moyen a souvent échoué. VERNEUIL attribue ces insuccès fréquents au peu d'épaisseur de la cloison recto-vaginale et au contact des matières intestinales liquides et gazeuses. TRÉLAT procède un peu différemment; il avive les bords de la fistule sur une grande étendue « comme s'il s'agissait d'une périnéorrhaphie pour déchirure incomplète du périnée. Avivement de 12 millimètres en arrière et sur les côtés de la fistule, puis avivement de la nouvelle fourchette; deux points de suture profonde dont les chefs sont enroulés sur des lames de plomb, et enfin suture superficielle, vaginale et périnéale ».

DESPRÉS conseille de transformer la fistule en fistule double, l'une à l'anus, l'autre vulvaire, à l'aide d'un trocart; un tube à drainage est placé dans le trajet; de cette façon les gaz ne passent plus par la fistule vulvaire, et son occlusion devient plus facile.

§ 8. — Du vaginisme

Bibliographie. — SIMPSON, *Clin. Lect. on Diseases of Women.* — DEBOUT, *Bull. gén. de thérap.*, 1861. — VISCA, *Th. de Paris*, 1870. — GOSSELIN, *Clin. de la Charité*, t. II. — RÉVILLOUT, *Gaz. des Hôp.*, 1874. — TRÉLAT, *Assoc. pour l'avanc. des sciences*, 1875. — TARNIER, *Gaz. des Hôp.*, 1875. — FRITSCH, *Arch. f. Gyn.*, t. X, 1876. — SCHRADER, *Berl. klin. Wochens.*, 1879. — CAZIN, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884.

Définition. Étiologie. — On désigne sous ce nom, depuis MARION SIMS (1861), une hyperesthésie des organes génitaux de la femme, accompagnée d'une contracture spasmodique du sphincter vaginal. De même que la sphinctéralgie anale, cette affection est fréquemment la conséquence d'une lésion des organes génitaux externes. Parmi ces dernières citons les excoriations et les fissures de la vulve, la caroncule du méat, les polypes de l'urètre. D'ailleurs la plupart des affections des organes génitaux sont susceptibles chez les personnes prédisposées de donner naissance au vaginisme. La difficulté des premiers rapprochements sexuels, l'hyperesthésie de l'hymen sont également des causes communes. La susceptibilité nerveuse des hystériques explique leur prédisposition au vaginisme.

Symptômes. — Ils apparaissent en général après des attouchements ou des tentatives de coït; en effet le simple contact avec les parties génitales et surtout l'hymen fait pousser des cris; de plus la contracture musculaire est telle qu'il est presque impossible de pratiquer le toucher. Le spasme n'occupe pas constamment toute la hauteur de l'organe; est-il limité à la partie inférieure, on lui donne le nom de vaginisme inférieur, par opposition au vaginisme supérieur lié d'ordinaire à des lésions utérines.

Tantôt passagère, tantôt chronique suivant la cause qui l'engendre, cette maladie finit par amener une perturbation profonde dans la santé. Son influence morale n'est pas moindre. « Mon expérience personnelle, dit SIMS, me permet d'affirmer qu'il n'existe aucune affection capable de produire autant de désordres dans un ménage. » Cependant le vaginisme est presque toujours curable.

Traitement. — Il faut avant tout s'assurer que le vaginisme n'est pas symptomatique de quelque lésion des organes sexuels. Dans ce cas il suffit de traiter les accidents locaux pour voir la contracture douloureuse céder. Les moyens palliatifs, bains, solutions émollientes, poudre d'iodoforme, suppositoires vaginaux, rendront les souffrances moins intolérables. Récemment CAZIN a vanté l'emploi de la solution de cocaïne dont les applications répétées calmeraient l'éréthisme vaginal.

Dans les cas où il est impossible de trouver la cause, on a conseillé la dilatation brusque après anesthésie; SIMS la déclare insuffisante, DE SINÉTY s'en loue; elle nous semble préférable à la dilatation graduelle avec l'éponge préparée ou la laminaire. HUGUIER, SIMS ont préconisé la section du sphincter vaginal, JOBERT et DOLBEAU la section sous-cutanée du sphincter anal. DEMARQUAY vante la cautérisation vaginale avec le nitrate d'argent. Il ne faudra pas négliger l'emploi du bromure de potassium à l'intérieur, et du sulfate de quinine si le vaginisme affecte la forme névralgique. Quelques auteurs ont imaginé des instruments qui facilitaient le coït (VISCA); en Amérique on a conseillé et pratiqué l'éthérisation dans le même but.