

chon épithélial qui ferme primitivement le vagin et qui ne se résorbe pas : le petit canal qui précède cette cloison est le canal vestibulaire. Nous avons observé à la Clinique chirurgicale de Necker un cas de ce genre. La cloison, très épaisse, siégeait à 3 centimètres environ de la vulve ; au delà, le vagin se continuait et avait formé une poche pleine de mucus ; les organes génitaux internes étaient rudimentaires ; la malade n'avait jamais été réglée. Dans ce cas, il n'y avait aucun vestige d'hymen à l'entrée du canal vestibulaire. Mais d'autres observateurs (M. Duncan, Schröder) ont vu la coexistence d'une cloison vaginale et d'un hymen bien constitué qui lui était accolé. Cette conformation s'expliquerait, d'après Pozzi, par l'origine vestibulaire et non müllérienne de l'hymen.

Le *cloisonnement transversal incomplet* est constitué par des *brides vaginales* plus ou moins étendues. Ces brides, de même qu'un grand nombre de sténoses ou rétrécissements du canal vaginal, sont moins souvent d'origine congénitale qu'on ne le croit (Nagel) ; l'accolement des parois du vagin et de ses plis est fréquemment acquis, cicatriciel ; il est dû dans ce cas, soit à une inflammation, soit à un traumatisme.

Les sténoses et les brides congénitales s'expliquent par un défaut de déhiscence des canaux de Müller, originairement pleins, comme nous l'avons dit au début ; la sténose vaginale a souvent pour corollaire un défaut de développement de l'utérus.

**Complications des atrésies vaginales.** — Les atrésies vaginales passent souvent inaperçues dans l'enfance ; les malades les remarquent soit au moment de la puberté, soit lorsqu'elles subissent les premières tentatives de coït, soit enfin quand, à l'établissement des règles, apparaissent des accidents de rétention.

Ces accidents sont constants lorsque l'utérus est bien conformé : le sang s'accumule en amont de l'obstacle et donne lieu à l'affection qu'on nomme *hématocolpos*.

L'hématocolpos est caractérisé par une tumeur fluctuante qui proémine à la vulve, s'élève à l'hypogastre, atteignant parfois un volume énorme. (Dans un cas de Franck, il contenait 6 litres de sang.) Son début est insidieux, indolore ; mais, à mesure que, chaque mois, la poche se remplit, les douleurs dues à la distension, à la compression, deviennent intolérables. La poche finit par se rompre : elle s'ouvre le plus souvent au niveau même de l'obstacle (cloison vaginale ou hymen) ; le sang s'écoule ou bien à flots ou peu à peu, par un petit orifice. Dans ce dernier cas, la poche s'infecte et se transforme en un énorme abcès.

Dans l'hématocolpos médian, le *diagnostic* est relativement facile : par l'exploration vésicale et rectale, on se rend compte des connexions de la tumeur. Mais il n'en est pas de même dans l'hématocolpos latéral où l'affection se confondra facilement avec un kyste, une hématocele,

et ceci d'autant plus que les règles peuvent normalement s'écouler par le second vagin perméable.

**Traitement des malformations vaginales.** — Le traitement, toujours chirurgical, aura sa raison d'être quand la malformation vaginale (absence, atrésie ou sténose) coexiste avec des organes génitaux internes bien développés : il s'agit alors soit de prévenir l'hématocolpos, soit d'affranchir la malade des vives douleurs qu'elle ressent au moment des règles, soit enfin de permettre le coït et la fécondation (Dimitrescu) (1).

Quand les organes génitaux internes sont ou absents ou atrophiés, ce qui est parfois difficile à reconnaître, l'intervention est moins utile.

Dans les cas où l'atrésie est produite par un septum, l'incision suivie d'une dilatation suffit.

Dans les cas de sténoses allongées ou surtout d'absence totale ou partielle du vagin, deux méthodes peuvent être employées (Labadie-Lagrave et Legueu) : l'incision ou l'autoplastie.

Autrefois, on se contentait d'inciser la cloison recto-vésicale, d'aller chercher le col utérin et de maintenir l'orifice ainsi créé par des drains ou des tampons.

Actuellement, on a plutôt recours à des procédés autoplastiques qui ont donné d'excellents résultats, soit qu'on se serve pour tapisser le néo-vagin de lambeaux muqueux pris au-dessus et au-dessous de l'incision vulvaire, soit qu'on ait mis à contribution la peau des petites lèvres ou même des muqueuses d'un organisme étranger.

### III. — AFFECTIONS DE LA VULVE ET DU VAGIN.

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA VULVE ET DU VAGIN.

Les lésions traumatiques qui atteignent la vulve sont souvent les mêmes que celles qui intéressent le vagin. D'autre part, les parois vaginales sont fréquemment intéressées quand la vulve est prise, de sorte qu'il y a avantage à étudier ensemble les traumatismes de la vulve et du vagin.

**Étiologie.** — Les contusions et les plaies de la vulve et du vagin se produisent, en règle générale, pendant l'accouchement et surtout chez les primipares. Les différents instruments qui servent pendant certains accouchements sont parfois la cause de la contusion ou de la plaie.

Les traumatismes accidentels peuvent être invoqués (coup de pied, chute à califourchon sur une barre, sur le dossier d'une chaise ou sur un objet pointu). Des canules à injection, des pessaires brisés peuvent produire le même effet. Le coït brutal a été signalé un certain nombre de fois, surtout quand il s'agit de viol.

(1) DIMITRESCU, Étude des absences congénitales du vagin au point de vue chirurgical, thèse de Paris, 1896, et *Arch. des sc. méd.*, 1897, n° 2, p. 150.



**Anatomie pathologique.** — Les contusions simples, celles qui donnent lieu à un épanchement au niveau de la vulve, sont produites par l'écrasement des tissus entre le corps contondant et la branche ischio-pubienne. Le sang provient du bulbe et des gros plexus veineux du vagin. Ces lésions sont dues souvent à des chutes à califourchon sur la barre de séparation des omnibus.

Les plaies qui sont dues au coït sont ordinairement limitées à la région vulvaire, mais on a observé des faits qui démontrent que la vulve, le vagin et la cloison recto-vaginale pouvaient être déchirés. Le cul-de-sac postérieur peut être le siège de la solution de continuité.

Les plaies produites par l'accouchement sont, en général, vulvaires. Mais elles peuvent atteindre le périnée, l'anus, ou remonter du côté du vagin.

Il est inutile d'insister sur les variétés de forme et sur les dimensions qui peuvent caractériser ces différents traumatismes.

**Symptômes.** — On observera soit une simple contusion, soit une plaie qui se manifeste d'abord par une hémorragie plus ou moins abondante. La douleur est d'intensité variable et peut aller jusqu'à la syncope. L'examen direct permettra de reconnaître le siège, l'étendue, la profondeur de la solution de continuité qui peut faire communiquer la vulve et le vagin avec les organes voisins. C'est ainsi que le cul-de-sac de Douglas peut être ouvert et qu'à travers la plaie une anse intestinale peut s'engager.

**Pronostic.** — Le pronostic est variable et dépend de la complexité des lésions. On devine aisément qu'une plaie qui ouvre le rectum est une lésion plus sérieuse qu'une simple déchirure vulvaire ou une plaie superficielle du vagin. Mais l'infection vient compliquer la situation dans la majorité des cas et vient assombrir le pronostic.

**Traitement.** — Le traitement peut se résumer en quelques mots : assurer l'asepsie de la plaie et tenter la réunion.

**Thrombus de la vulve.** — Le thrombus de la vulve (hématome, hématocèle vulvaire) se caractérise par un épanchement de sang qui est infiltré ou collecté au niveau de la vulve et qui peut s'étendre au vagin.

**Étiologie.** — C'est pendant la grossesse et, surtout, pendant le travail que le thrombus se manifeste. Il apparaît quelquefois en dehors de l'état puerpéral, mais le fait est rare. Les primipares sont plus exposées que les femmes qui ont eu plusieurs enfants. L'étroitesse de la vulve et du vagin, les déformations du bassin, les modifications du sang (?) ont été considérées comme des causes prédisposantes. Il n'est pas exact que, dans la majorité des cas, il existe des varices (2 fois sur 43).

Les causes déterminantes de l'hématome sont assez nombreuses. L'infiltration ou la collection du sang peut se produire d'une façon spontanée pendant la grossesse. Mais il n'en est pas ainsi ordinaire-

ment. On trouve souvent une violence extérieure ou un effort pour expliquer l'épanchement sanguin. On a signalé des efforts de vomissement, la défécation, le cahot de la voiture, etc.

Mais, dans la majorité des cas, l'hématome apparaît pendant le travail et il faut incriminer différentes causes : longueur du travail, volume considérable de la tête fœtale, application défectueuse du forceps, tractions exagérées et mal dirigées, efforts excessifs d'expulsion, etc.

L'épanchement peut apparaître immédiatement ou ne se manifester qu'après la délivrance.

En dehors de l'état puerpéral, le thrombus est consécutif à un traumatisme quelconque : coup de pied, chute à califourchon, coït brutal, etc. Parfois il est simplement dû à un effort (toux, vomissements, défécation, éclat de rire, etc.), mais il faut reconnaître que l'on observe bien rarement des faits de ce genre.

**Anatomie pathologique.** — Le volume du thrombus peut être peu considérable ou n'être pas moindre que celui d'une tête de fœtus. Les vaisseaux sont parfois variqueux. On peut rencontrer une solution de continuité au niveau d'un vaisseau. Mais, le plus souvent, la déchirure porte sur de petits vaisseaux. La collection sanguine provient de petits vaisseaux artériels et veineux qui ont été déchirés. Pendant l'accouchement, la paroi vaginale est décollée sur une certaine étendue : il se produit une rupture de petits vaisseaux.

L'épanchement se fait ordinairement dans l'une des grandes lèvres et en particulier du côté droit. Il fait une saillie plus ou moins considérable, et la paroi externe de la poche, constituée par les tissus de la grande lèvre, est plus mince en dedans. L'épanchement peut être localisé à la vulve, ou compliqué parfois de plaie, ou s'étendre au vagin, au périnée, à la face antérieure des cuisses et de la paroi abdominale, aux fesses, dans le tissu cellulaire du bassin. Le thrombus peut même remonter jusqu'aux piliers du diaphragme. On constate parfois l'existence d'une hématocèle péri-utérine. Mais il faut reconnaître que la collection ne s'étend pas ordinairement aussi loin. Pour certains auteurs, le sang tend à remonter dans le bassin quand l'hématome se produit dans le tissu cellulaire extravaginal des parties latérales et postérieures.

**Symptômes.** — La douleur est ordinairement subite et vive. Dans d'autres circonstances, elle est sourde. Assez souvent, la malade n'a eu aucune sensation spéciale pendant l'accouchement : elle a souffert pendant le travail, comme toutes les autres femmes qui accouchent, et le thrombus apparaît après la délivrance. La douleur peut précéder l'apparition de la tumeur et varie d'intensité suivant l'abondance et la rapidité de l'écoulement sanguin. Quoi qu'il en soit, elle peut être localisée aux grandes lèvres ou se propager du côté du ventre, dans la région crurale ou aux lombes, et s'ac-



compagner de dysurie, de ténésme rectal et de rétention d'urine. La tumeur apparaît rapidement et reste stationnaire, ou, au contraire, elle ne se montre que tardivement et augmente lentement pendant douze ou vingt-quatre heures. Ses dimensions définitives varient : on observe des thrombus qui ont le volume d'un œuf de poule, du poing, et même celui d'une tête fœtale. La tumeur, qui siège ordinairement dans la grande lèvre, est violacée, quelquefois noirâtre ou légèrement bleuâtre du côté de la muqueuse et à peine teintée du côté de la peau. Souvent il existe une ecchymose qui s'étend plus ou moins au delà de la grande lèvre. La tumeur est dure ou, plus souvent, de consistance élastique, quelquefois fluctuante. Elle est irréductible. Ordinairement arrondie si elle est peu volumineuse, elle présente parfois le signe de la crépitation sanguine. Très souvent, la tumeur fait saillie dans le vagin et est un obstacle au toucher vaginal. Le toucher rectal fait constater la propagation de la collection sanguine par en bas et explique souvent les épreintes, le ténésme, les envies fréquentes d'aller à la selle que l'on constate quelquefois.

**Marche et terminaisons.** — Après quelques heures, la tumeur est définitivement constituée et la douleur a disparu; c'est le cas ordinaire. Le volume de l'hématome reste stationnaire et diminue ensuite. Lorsque l'épanchement est peu considérable et qu'il y a infiltration sanguine dans le tissu cellulaire, il se résorbe progressivement, ce qui est la terminaison la plus heureuse. Mais s'il existe une collection sanguine, celle-ci diminue de volume et se transforme souvent en un kyste hématique. Cependant, le sang collecté peut disparaître progressivement et ne laisser sa trace que sous forme d'un noyau qui persiste pendant un certain temps. La terminaison par résolution est assez fréquente.

La collection sanguine peut se rompre, de préférence du côté de la muqueuse. L'épanchement est si considérable et si rapide que les tissus peuvent céder au lieu de moindre résistance. Parfois, la rupture est favorisée par le traumatisme qui a dilacéré ou affaibli la région. Quoi qu'il en soit, l'écoulement de sang peut être abondant, grave et même mortel. Une hémorragie secondaire peut survenir, mais une telle éventualité est exceptionnelle.

La suppuration s'observe dans un certain nombre de cas. D'ordinaire, il existe une solution de continuité qui met le foyer sanguin en communication avec les microbes venus du dehors. Parfois l'abcès se produit sans qu'on puisse trouver les traces d'une fissure ayant permis la pénétration des germes pathogènes. Dans les deux cas, il se produit un abcès, un phlegmon parfois étendu et compliqué d'accidents septicémiques. Quand on vient à ouvrir l'abcès, il s'écoule un liquide ordinairement épais, de couleur chocolat et formé par un mélange de sang et de pus.

La gangrène qui vient parfois compliquer l'hématome est due à la distension de la poche par le sang, à l'attrition des tissus et à la pénétration des germes. Elle entraîne à sa suite des cicatrices plus ou moins vicieuses et parfois des fistules.

**Diagnostic.** — Il est facile. La tumeur se produit soit pendant la grossesse ou le travail, soit à la suite d'un traumatisme. Ce sont des circonstances qui forcent l'attention et font penser naturellement au thrombus. La coloration de la tumeur, son siège, sa consistance, l'hémorragie qui peut la compliquer suffiront pour permettre de faire un diagnostic précis et rapide. On a bien signalé quelques erreurs de diagnostic et on a confondu les collections sanguines avec des hernies ou un prolapsus. Il est inutile d'insister sur les caractères différentiels. Le toucher vaginal est utile pour reconnaître la déformation produite par la collection vaginale qui fait saillie dans le vagin.

**Pronostic.** — Certains thrombus évoluent aisément vers la résolution. Dans d'autres cas, l'hématome peut être grave. L'hémorragie, soit interne, soit externe, qui peut en être la conséquence, complique la situation. On a vu qu'elle peut occasionner la mort, ce qui est rare. Mais le thrombus peut s'infecter, et il est inutile de dire que le pronostic peut être sombre dans ces cas. L'état puerpéral aggrave nécessairement le pronostic. Dans quelques cas, la tumeur peut être une cause de dystocie.

**Traitement.** — Le traitement peut être prophylactique, quand on constate des varices (éviter la constipation, repos au lit, etc.).

Si le thrombus apparaît pendant la grossesse, on se contentera d'employer un traitement palliatif et on n'interviendra que si le thrombus se rompt et s'infecte. Pendant le travail, on n'interviendra que pour terminer rapidement l'accouchement par une application de forceps ou par la version (Charpentier).

Après la délivrance, on se contentera de modérer l'épanchement ou de le faire disparaître à l'aide de compresses froides et de la compression. Si des phénomènes infectieux menacent d'éclater ou existent déjà, il y a lieu d'intervenir.

Mais la tumeur peut être si volumineuse qu'elle va éclater ou qu'elle vient de se rompre. Il y a lieu d'inciser largement l'hématome et de faire une antiseptie extrêmement sévère. On enlèvera les caillots, on arrêtera l'écoulement de sang et on suturera avec soin, en ayant soin de drainer dans certains cas, ou, dans d'autres, de faire plusieurs plans de façon à obtenir la coaptation parfaite et une hémostase absolue. Il est évident qu'en cas de suppuration il faut toujours assurer l'écoulement des liquides à l'aide d'un drain.

**Déchirures du périnée.** — On comprend sous ce nom toute solution de continuité portant sur le plancher fibro-musculaire qui ferme en bas la cavité abdominale.



**Étiologie.** — Cette lésion peut être déterminée par un simple *traumatisme*; chute à califourchon sur un objet pointu, un dossier de chaise, une rampe d'escalier; coups de corne, coups de fourche.

Mais, ce qui domine l'étiologie des déchirures du périnée, c'est l'*accouchement*, spontané ou accompagné de manœuvres obstétricales. Ici encore, il y a lieu de considérer les causes *prédisposantes* qui jouent un rôle capital dans la pathogénie de ces lésions. C'est chez les primipares âgées, chez lesquelles le manque d'élasticité des parties molles constitue une condition défectueuse pour l'accouchement, que l'on voit très souvent se produire des déchirures. On les observe aussi chez les albuminuriques dont les tissus infiltrés présentent peu de résistance. Certaines dispositions anatomiques, l'étranglement de la vulve et de l'arcade pubienne, les déformations du bassin, l'orientation trop prononcée de la vulve en avant, exposent particulièrement le périnée.

Mais, à côté de ces causes prédisposantes, causes tenant à la mère, il faut tenir compte de l'excès de volume du fœtus, de l'accouchement rapide, du dégagement trop brusque des épaules, etc.

Le *mécanisme* de la déchirure du périnée varie suivant les cas. Tantôt ce sont les couches superficielles qui cèdent en premier lieu. Budin (1) insiste sur ce fait que les déchirures du périnée sont intimement liées aux lésions de l'orifice hyménéal: elles joueraient, suivant l'expression de Pajot, le rôle du coup de ciseau que l'on donne dans une étoffe pour la déchirer.

D'après Pozzi, c'est la déchirure des plans profonds musculo-aponévrotiques qui serait le phénomène initial. Quelquefois, cette rupture profonde reste limitée, sans entamer le revêtement cutané, et alors il n'existe, pour ainsi dire, pas de déchirure apparente. C'est un affaiblissement, un relâchement du plancher pelvien, une des causes principales du prolapsus. Si la distension s'accroît et si la fourchette n'offre pas une résistance suffisante, les téguments cèdent à leur tour; la déchirure se trouve constituée, mais, en somme, elle n'est qu'un phénomène secondaire.

Une des variétés, relativement rare, des lésions du périnée, c'est la *déchirure centrale*, solution de continuité qui se produit en un point quelconque entre la commissure postérieure et l'orifice anal. Le mécanisme de cette variété est toujours le même. La distension du périnée se fait en une zone limitée, comme on l'observe dans certains cas où la présence des petites parties fœtales exerce une pression localisée.

**Anatomie pathologique.** — Suivant que la solution de continuité atteint ou non le sphincter anal, on est en présence d'une *déchirure complète* ou d'une *déchirure incomplète*. Dans ce dernier cas, il y a

(1) BUDIN, *Sem. méd.*, 1892.

lieu de distinguer deux variétés: dans l'une, la fourchette seule est entamée; dans l'autre, la solution de continuité porte aussi sur le plan musculaire, mais le sphincter est toujours intact.

La vulve est béante, allongée dans le sens antéro-postérieur, la fourchette est remplacée par une surface cicatricielle très mince. Dans les cas de déchirures anciennes, on constate, presque toujours, un certain degré de cystocèle en même temps qu'un léger abaissement de l'utérus.

Ce qui caractérise la *déchirure complète*, c'est la rupture du sphincter anal. Il n'existe plus de cloison vulvo-anales, les deux orifices communiquent largement, n'étant séparés que par le rebord inférieur de la cloison recto-vaginale. Le sphincter rompu se rétracte en entraînant avec lui la muqueuse qui le revêt: d'où l'apparition des deux fossettes symétriques correspondant aux extrémités du sphincter déchiré.

Dans la *déchirure totale*, la solution de continuité porte aussi sur la cloison recto-vaginale; elle se fait rarement sur la ligne médiane où elle rencontre la résistance de la colonne vaginale postérieure, mais latéralement; quelquefois elle se fait des deux côtés et alors la colonne vaginale, limitée par deux déchirures latérales, prend l'aspect d'une lnette flottante. Enfin, il existe des cas où la rupture ne porte que sur la cloison recto-vaginale sans entamer la vulve (1).

**Symptômes, Diagnostic, Pronostic.** — Il suffit de mettre la femme dans la position obstétricale pour que, à l'inspection seule, on puisse constater l'existence d'une déchirure du périnée. Le toucher rectal et le toucher vaginal, isolés ou combinés, viendront compléter l'examen et permettront d'apprécier le degré des lésions, l'état de la cloison recto-vaginale et du sphincter anal, de même que la coexistence d'un prolapsus génital, complication si fréquente des déchirures du périnée. Cependant, on observe encore assez souvent que des déchirures très étendues ne s'accompagnent point de prolapsus et que, par contre, des déchirures incomplètes se trouvent suivies, à brève échéance, d'un prolapsus. Ceci pourrait être expliqué par ce fait que, dans un cas, le plancher pelvien musculo-aponévrotique est resté intact, tandis que, dans l'autre, la déchirure a porté surtout sur les plans profonds sous-cutanés.

Les signes fonctionnels accusés par les malades diffèrent suivant le degré des lésions. Tantôt les patientes se plaignent de quelques douleurs vagues dans le bas-ventre, d'une sensation de pesanteur quand elles sont debout. Ces femmes, dont le plancher pelvien est relâché, manquent de point de soutien par en bas; aussi leur démarche est-elle incertaine, pénible; elles ne peuvent supporter la moindre fatigue, surtout dans la position debout.

(1) BAUDRY, Rupture de la cloison recto-vaginale pendant l'accouchement, sans déchirure du périnée (*Ann. de gyn. et d'obst.*, 1894, t. XLII).