

facilement reconnue, avant l'avivement, grâce à une légère fossette dans la cicatrice.

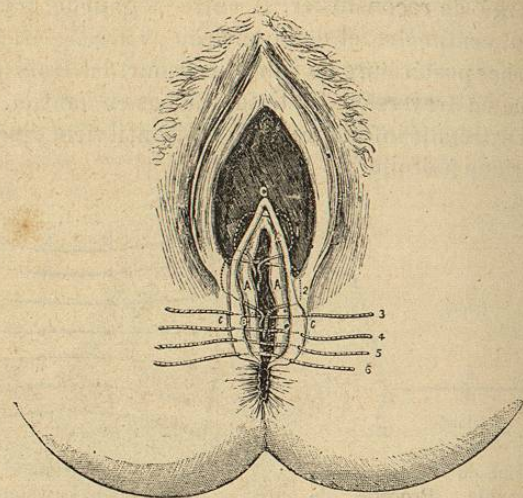


Fig. 126. — Périnéorrhaphie dans le cas de rupture très étendue du rectum (Procédé de Lawson Tait).

Le procédé de L. Tait est un de ceux qui donnent les meilleurs résultats.

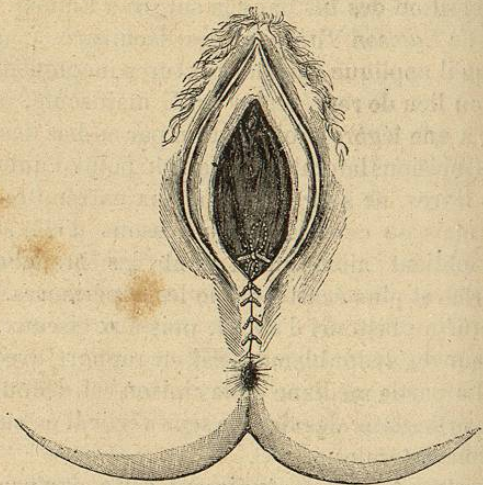


Fig. 127. — Résultat de l'opération (Procédé de Lawson Tait).

La modification que Pozzi apporte au procédé de L. Tait consiste dans la manière de placer les fils. Il pratique un dédoublement beaucoup plus étendu que ne le fait L. Tait.

Pour obtenir une coaptation exacte des tissus, il passe d'abord

deux ou trois fils d'argent profonds, qui entrent et qui sortent à un demi-centimètre des bords de la plaie et qui cheminent sous toute la surface avivée sans pénétrer, bien entendu, ni dans le rectum, ni dans le vagin.

Avant de les serrer, il fait une suture continue au catgut, à plans superposés, du fond de la plaie; à la fin, il réunit la peau par un surjet spécial au catgut ou par quelques points séparés aux crins de Florence.

Fritsch (1), Walzbey (2) et Routier (3) ont également modifié le procédé de Lawson Tait.

SOINS PRÉLIMINAIRES ET SOINS CONSÉCUTIFS DANS LA PÉRINÉORRAPHIE. — L'opération sera faite de préférence dans la première semaine qui suit la période menstruelle ou, au moins, douze à quinze jours avant les époques prochaines.

Pendant les huit jours qui précèdent l'intervention, la malade recevra, matin et soir, une injection chaude avec la solution de sublimé à 1/2000°. La veille, on lui administrera un lavement qui doit être rendu avant le moment de l'opération. La vulve et le pourtour de l'anus seront soigneusement rasés, brossés et lavés au sublimé, à l'alcool et à l'éther. Antisepsie rigoureuse du vagin. — Cathétérisme de la vessie. — Une fois l'opération terminée, on fait une injection au sublimé, on tamponne la cavité vaginale avec de la gaze iodofornée. Sur la vulve, on applique un pansement ouaté maintenu par un bandage en T. Il faut veiller à ce que les jambes de la malade soient rapprochées l'une de l'autre, afin d'éviter les mouvements involontaires d'écartement qui pourraient se produire au moment du sommeil. Le repos au lit est de rigueur jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie. L'opérée sera sondée trois ou quatre fois par jour. Si cela n'est pas réalisable, on laissera une sonde à demeure que l'on changera de temps en temps.

On n'est pas d'accord sur le temps pendant lequel il faut maintenir la constipation. Beaucoup de chirurgiens la prolongent jusqu'à la cicatrisation de la plaie; d'autres administrent un léger purgatif cinq ou six jours après l'opération et empêchent ensuite de nouveau les évacuations pendant trois ou quatre jours. La plaie sera tenue dans une propreté absolue; après chaque selle, elle sera lavée au sublimé.

Les fils superficiels seront enlevés au bout de huit jours, les fils profonds resteront en place de douze à quatorze jours, à moins qu'ils ne commencent à irriter, à couper les tissus avant cette époque.

Érysipèle de la vulve. — La vulve est parfois le siège d'une localisation de la streptococcie. L'érysipèle y est souvent

(1) FRITSCH, *Centralbl. für Gynæk.*, 1887, n° 30, p. 473.

(2) WALZBEY, *Arch. für klin. Chir.*, 1888, Bd XXXVII.

(3) ROUTIER, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1894.

primitif chez le nouveau-né. Cette affection est alors fort grave et entraîne souvent la mort; c'est l'analogie de l'érysipèle de la plaie ombilicale.

Chez l'adulte, on observe le plus souvent un érysipèle à répétition. Fréquemment, l'infection streptococcique se réveille et provoque une inflammation sous forme de plaque érysipélateuse pendant la période menstruelle, réveil dû, sans doute, à la congestion à laquelle participe, pendant ce temps, tout l'appareil génital.

Quelquefois, la poussée érysipélateuse semble remplacer les règles, soit chez des femmes après la ménopause, soit chez d'autres qui ont leurs règles supprimées pour une autre cause. Quelques auteurs y ont vu un phénomène supplémentaire de la menstruation (Rouvier).

Traitement. — Un pansement antiseptique humide sera appliqué sur les parties envahies par l'érysipèle. On soumettra la malade au traitement habituel de l'érysipèle.

Eczéma de la vulve. — A la vulve, comme sur les autres régions du tégument, l'eczéma s'observe à l'état aigu ou à l'état chronique.

L'eczéma aigu débute par une rougeur intense et une tuméfaction qui s'accompagnent de brûlures. Sur cette plaque érythémateuse se fait bientôt une éruption de vésicules très petites. Au bout de quinze jours, en général, la phase aiguë se termine complètement ou bien passe à l'état chronique.

L'eczéma rubrum (Hebra) est la forme la plus fréquente d'eczéma chronique. Par l'étendue des lésions, beaucoup plus grande que dans les cas aigus, par l'abondance de la sécrétion purulente, l'eczéma chronique rappelle l'aspect d'une vulvite blennorragique. La durée en est indéterminée et, en cas de guérison, les récurrences sont fréquentes.

Traitement. — Outre le régime alimentaire approprié, les malades seront soumises à des applications de solution de sublimé au 1/1000^e et à des onctions avec la pommade à l'oxyde de zinc.

Herpès de la vulve. — La localisation de l'herpès à la vulve est assez fréquente. Il occupe, avec ses caractères habituels de dermatose inflammatoire vésiculeuse, indifféremment les faces interne et externe des grandes lèvres et des nymphes, parfois la fourchette. De ce point de départ, il peut s'étendre jusqu'au pourtour anal ou jusqu'au pli inguino-vulvaire. On l'a vu parfois envahir la muqueuse vaginale et cervicale.

Son apparition est annoncée par une sensation de cuisson qui dure deux ou trois jours, et alors l'éruption est formée d'un ou plusieurs groupes de vésicules dont le contour est polycyclique et qui reposent sur un derme enflammé.

A partir de ce moment, l'évolution diffère selon que l'herpès siège sur la peau ou sur la muqueuse, c'est-à-dire sur la face externe des grandes lèvres ou sur une autre partie de la vulve. Dans le premier cas, les vésicules se dessèchent et donnent naissance à des croûtes. Dans le second, l'humidité des parties macère l'épiderme soulevé et celui-ci laisse à découvert des exulcérations légères qui se recouvrent d'un enduit blanchâtre. Le derme sous-jacent est plus ou moins tuméfié, mais ne donne jamais la sensation d'une induration nette. On observe des adénites qui sont douloureuses, mais qui ne suppurent jamais.

Deux ou trois jours suffisent pour que la cicatrisation se fasse, à moins de confluence des groupes, auquel cas il faut parfois dix ou quinze jours, surtout chez les sujets peu soigneux.

L'herpès peut coïncider avec le chancre et souvent avec la blennorragie.

Étiologie. — La contagion n'est pas nettement démontrée. Cependant l'herpès vulvaire survient quelquefois après les rapports sexuels avec un homme atteint de cette affection. Le coït, la leucorrhée, enfin et surtout la prédisposition spéciale de certains sujets arthritiques, sont les causes les plus justement invoquées.

Diagnostic. — Il faudra différencier de l'herpès le chancre mou. Ce dernier présente une ulcération plus profonde, plus large, à bords décollés; son contour n'est pas festonné. De plus, l'adénopathie est légère dans l'herpès, tandis que le bubon suppuré est presque la règle dans l'infection chancreuse.

Plus difficile est le diagnostic avec le chancre induré, d'autant plus que les deux lésions coexistent souvent. L'herpès est plus superficiel, plus douloureux et de durée moins longue que le chancre syphilitique, qui repose sur une base franchement indurée. Le diagnostic devra souvent être réservé jusqu'au terme présumé de l'évolution de l'herpès.

Traitement. — Saupoudrer les lésions avec des poudres inertes (talc); badigeonner, dans les cas rebelles, avec du nitrate d'argent au 1/50^e. Il est bon de maintenir constamment un pansement humide boriqué.

Vulvites. — **Étiologie générale.** — Les parties génitales externes de la femme participent aux causes d'infection des téguments en général et, de plus, aux infections que le voisinage de l'urètre, du vagin et de l'anus peut leur apporter. De plus, la disposition des parties, formant de nombreux replis, les sécrétions qui s'y forment et qui sont versées par l'utérus, la proximité de l'anus, tout semble concourir à faire de la vulve un carrefour et un milieu de culture excellent pour le séjour et la multiplication des microorganismes.

Aussi la flore microbienne de cette région est-elle fort riche en

espèces diverses; mais, cependant, quand on regarde cette longue liste, on est étonné de voir en quel petit nombre y figurent les espèces véritablement pathogènes. D'après Hallé, la flore vulvaire, sauf les espèces anaérobies, se rapprocherait beaucoup de celle du vagin. On y trouverait le bacille en massue de Wecks, le bacille pseudo-diphthérique commun, le streptocoque non pathogène, le staphylocoque blanc de la peau, très rarement le colibacille et en petite quantité. Nous relèverons la présence du staphylocoque, ce qui expliquerait l'infection des plaies qui avoisinent la vulve.

En regard de ces différentes espèces, dont quelques-unes peuvent cependant devenir pathogènes par exaltation de virulence, il faut placer le gonocoque qui est, par excellence, l'agent d'infection de la région.

Contre ces diverses causes d'infection, quels sont les moyens de défense? Döderlein voit le principal dans l'acidité normale des sécrétions vaginales.

Ce fait a été fort discuté; il semble plus exact d'admettre que l'intégrité des épithéliums est encore la barrière la plus efficace contre l'infection, et que le gonocoque en particulier ne produit l'inflammation qu'à la faveur de causes adjuvantes, telles que les macérations dues au séjour prolongé des sécrétions plus ou moins altérées et irritantes, ou encore, les excoriations de diverse nature, si fréquentes en cette région.

Modalités cliniques. — **VULVITE CHEZ L'ENFANT.** — La vulvite chez l'enfant, dont l'origine a été fort discutée, semble maintenant devoir être le plus souvent rapportée à l'infection blennorragique. Toutes cependant ne sont pas dues au gonocoque, mais alors ce ne serait qu'un catarrhe léger, mais rebelle, dû le plus souvent au manque de soins. L'origine gonorrhéique, d'ailleurs, ne veut pas dire que l'affection soit toujours vénérienne, et dans un examen médico-légal, en dehors d'autres preuves tirées de l'existence de traces de violence, d'ecchymoses, de coups d'ongle surtout, il serait bien téméraire de se prononcer, même quand on constate la présence certaine du gonocoque; les objets de toilette sont généralement les vecteurs du microbe infectant. On peut en dire autant des vases, des éponges, des thermomètres qui servent à plusieurs personnes. L'infection se fait aussi dans les cabinets d'aisance, etc.

On a remarqué que la réceptivité du gonocoque était plus grande chez les petites filles lymphatiques et scrofuleuses.

VULVITE CHEZ L'ADULTE. — Chez l'adulte, la vulvite accompagne le plus souvent les autres manifestations de la blennorragie aiguë. Elle est intimement liée à l'évolution de la vaginite; on lui a même refusé, dans ce cas, une existence réelle, et on a déclaré qu'elle était le résultat d'une irritation due au passage des sécrétions purulentes qui provenaient du vagin.

Symptomatologie. — La douleur est le premier symptôme de la vulvite. Elle est exaspérée par la marche, par la poussée menstruelle et si, à la fin d'une miction, une goutte d'urine tombe sur la muqueuse enflammée, elle provoque une sensation intense de brûlure.

A l'examen, on observe une rougeur diffuse de la région; la face interne des cuisses y participe et, souvent aussi, la rainure interfessière chez les enfants. Si on écarte les grandes lèvres, on voit la muqueuse vulvaire uniformément rouge et tuméfiée; sa surface est recouverte d'un pus grumeleux, qui s'accumule dans les divers replis. Les nymphes sont œdématiées. L'écoulement purulent est assez abondant. On observe quelquefois un état fébrile ordinairement peu accentué. L'engorgement des ganglions inguinaux n'est pas rare; il peut aboutir à la suppuration et souvent alors la lymphangite amène aussi de l'inflammation du tissu cellulaire de la grande lèvre et parfois un phlegmon.

L'orifice de l'urètre et ce canal même, sur une certaine étendue, participent souvent à l'inflammation; il y a alors de la douleur pendant la miction. La complication la plus fréquente de la vulvite est la bartholinite. Il faut signaler l'adhérence des petites lèvres et des grandes lèvres qui est le plus souvent une conséquence d'une vulvite méconnue du jeune âge.

Traitement. — Dans la période aiguë, les lavages antiseptiques de la région et le repos suffisent, en général, à amener une sédation des symptômes. La solution à employer est l'eau boriquée. Si l'on soupçonne l'origine franchement blennorragique, on emploiera les lavages au sublimé à 1/4000^e, au permanganate de potasse à 1/4000^e; on peut y ajouter des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent.

Souvent, chez les enfants lymphatiques, de simples soins de propreté feront cesser une vulvite légère.

VULVITE GANGRENEUSE. — Sous l'influence d'un traumatisme causé le plus souvent par l'accouchement, on observe des gangrènes de la vulve, mais, la plupart du temps, il faut faire intervenir un état général mauvais, pour expliquer l'apparition de la gangrène. On l'observe aussi dans le typhus, la rougeole, la scarlatine, la variole.

Enfin, chez les enfants, il existe une gangrène analogue au noma de la bouche qui peut devenir épidémique.

Il semble, dans ces cas, que l'infection évolue sur un terrain tout particulièrement préparé.

Une antisepsie sévère de la région est indispensable et réalisera tout le traitement.

Bartholinite. — **Forme aiguë.** — **Étiologie.** — L'inflammation de la glande de Bartholin est une des localisations les plus fréquentes