

régions des voies génito-urinaires et sont versées dans le conduit vaginal. Pour qu'il y ait vaginite, il faut que l'on constate des traces d'inflammation de la muqueuse et que, par le raclage, on en enlève des fragments qui devront contenir des gonocoques. D'autre part, la vaginite peut être nettement d'origine blennorragique, alors même qu'on ne rencontre plus de gonocoques ni dans le vagin, ni dans le col, ni au niveau du méat. C'est dans la cavité cervicale, au niveau du méat, de l'orifice des glandes de Bartholin, dans les follicules péri-urétraux, qu'il faudra s'efforcer, par des recherches multipliées, de déceler la présence des microorganismes pathogènes. On sait que le gonocoque qui semble avoir disparu apparaît subitement à l'occasion des règles, à la suite de certains excès de boisson et de table (ingestion de bière, etc.). On aura lieu de soupçonner l'intervention du gonocoque à l'aspect de certains cols rouges et éversés, et en interrogeant les malades qui se plaindront de pertes verdâtres, de douleurs pendant la miction et de la fréquence des envies d'uriner.

Pronostic. — Le pronostic de la vaginite dépend de la cause qui a produit l'inflammation. Favorable s'il s'agit d'une irritation consécutive à un traumatisme (pessaire), le pronostic devient plus sérieux si l'affection est d'origine blennorragique. La vaginite gonococcique est rebelle au traitement, même poursuivi avec persévérance; mais, ce qui est toujours inquiétant, c'est la possibilité de la propagation inflammatoire par la voie utéro-tubaire ou par les lymphatiques. Comme souvent le col est envahi très rapidement par l'infection blennorragique, la gravité de la situation dépend en réalité de l'infection utérine qu'il faudrait combattre et contre laquelle on est impuissant dans la période aiguë de la maladie.

Traitement. — Il y a lieu d'instituer un traitement actif dès que la vaginite est constatée. L'acuité des phénomènes gêne parfois l'intervention, mais il est toujours possible de prescrire des soins hygiéniques et de soumettre la malade à des injections vaginales.

Au début, il faut, de préférence, ordonner des injections tièdes au permanganate de potasse (1 p. 5000) deux fois par jour. Ces injections doivent être faites par le médecin lui-même, autant que possible, et il devra commencer par enlever soigneusement les liquides pathologiques qui baignent les parois vaginales. L'injection sera ensuite pratiquée. Il est bon de laisser dans le vagin une gaze iodoformée qui empêche le frottement et complète l'antisepsie.

Comme l'urètre est souvent pris en même temps, il est indiqué de donner à la malade des cachets de salol et, si les mictions sont douloureuses, des capsules de santal.

Au bout de quelques jours, on augmentera le titre des injections au permanganate de potasse. Vers le dixième ou le quinzième jour, on pratiquera des injections au sublimé (1 p. 2000, 1 p. 1000). Pendant toute cette période, le tamponnement à la gaze iodoformée,

que l'on défait pour pratiquer chaque injection, rendra des services.

Quand les accidents aigus sont arrêtés, quand l'inflammation vaginale subaiguë se localise, on doit toujours continuer l'usage des injections antiseptiques, celles qui sont véritablement utiles. Mais il est bon quelquefois de changer la substance active contenue dans les irrigations vaginales. Schröder recommandait de verser dans le vagin, à l'aide du spéculum, une certaine quantité de solution d'acide phénique (10 p. 100) ou de nitrate d'argent (20 ou 30 p. 100). Cette manœuvre devra être répétée tous les deux ou trois jours. Dans l'intervalle, on pourra ordonner des injections avec des solutions de sulfate de zinc ou de chlorure de zinc. Dans quelques formes chroniques rebelles, on fera, avec avantage, quelques applications locales avec une solution un peu forte de chlorure de zinc ou avec de la teinture d'iode. Quelques poudres pourront être utilisées, poudre d'iodoforme, etc.

Il est bien entendu qu'on interdira à la femme tout rapport sexuel jusqu'à ce que l'écoulement soit tari et que les gonocoques aient disparu du canal génital et de l'urètre.

Corps étrangers du vagin. — **Fréquence.** — **Origine.** — **Nature.** — Malgré la multiplicité des objets introduits dans le vagin, le nombre de ceux qui y séjournent et qui deviennent ainsi des corps étrangers, au point de vue chirurgical, est relativement restreint.

En première ligne, par ordre de fréquence, viennent ceux qui, comme les pessaires, y sont placés dans un but thérapeutique (1) et que par négligence, et aussi par ignorance, les malades laissent en place indéfiniment et dont elles oublient même l'existence. Il en est de même des tampons et des éponges abandonnés dans le vagin. D'autres objets sont introduits par les malades elles-mêmes. Le but poursuivi (masturbation, obstacle à la fécondation, ou tentatives abortives) reste le plus souvent mal précisé; les malades sont en général très sobres de renseignements dans ces cas. Ceci est d'ailleurs d'importance très secondaire. Ce qu'il est important de savoir, c'est que la liste en est longue et variée. Des éponges, des étuis, des pots de pommade, un pot de confiture (Lisfranc), des flacons, des verres de tailles diverses, un gobelet d'étain, des crayons, des fragments de bois, des bobines, des épingles à cheveux, des bijoux, des porte-monnaies, etc., ont été trouvés chez des filles publiques.

Symptomatologie. — Les corps pointus donnent lieu parfois à des accidents immédiats et souvent fort graves. Ce sont des déchirures, des plaies pénétrantes qui peuvent se limiter à la paroi vaginale, mais qui peuvent aussi atteindre la vessie, le rectum, la cavité péritonéale.

Les conséquences sont parfois des plus graves, souvent mortelles,

(1) POULET, Traité des corps étrangers, p. 606.

quand il s'agit, par exemple, de pénétration péritonéale, accompagnée de perforations intestinales.

Les troubles locaux sont dus aux corps volumineux ou présentant des arêtes vives.

Les corps volumineux provoquent, par la distension du vagin et, conséquemment, par la pression des organes voisins, une douleur, qui irradie plus ou moins loin, vers les lombes ou les cuisses.

Leur présence provoque des phénomènes de compression, gêne le fonctionnement du rectum, de la vessie. A cette cause, s'ajoute bientôt une tuméfaction intense de la muqueuse vaginale par irritation.

De plus, l'infection se montre dans un certain nombre de cas et l'inflammation du vagin donne lieu à un écoulement abondant de pus d'odeur fétide.

Il est, d'autre part, des corps étrangers qui séjournent longtemps sans donner lieu à aucun symptôme. La tolérance du vagin à leur égard est quelquefois très remarquable. On cite des exemples de pessaires restés en place pendant vingt-cinq ans.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans la majorité des cas, l'infection d'une part, l'irritation produite par le séjour du corps, d'autre part, amènent une vaginite intense et chronique avec écoulement abondant, intarissable et fétide. La cavité utérine est souvent infectée par propagation et tous les accidents consécutifs à une infection génitale ascendante peuvent être observés.

Au bout d'un certain temps, le corps s'incruste de sels calcaires; c'est là, sans doute, l'origine de calculs vaginaux observés par les auteurs. Le professeur Le Dentu a signalé la formation d'un calcul au centre d'un pot de vaseline resté deux ans dans le vagin (1). Il devient méconnaissable d'autant plus que la muqueuse, gonflée, l'enchatonne, le dissimule plus ou moins.

Dans certains cas, le vagin se rétrécit au-dessous du corps étranger, et lui forme une loge où séjournent les sécrétions purulentes. Des abcès résultent souvent de la propagation de l'infection au tissu cellulaire périvaginal.

Enfin, la muqueuse s'ulcère en un point et ainsi se crée une perforation ou une fistule. Elle est vésico-vaginale ou recto-vaginale. Dans le premier cas, le corps étranger pénètre dans la vessie et celui-ci devient parfois le noyau d'un calcul. Quelquefois, la muqueuse ainsi ulcérée laisse pénétrer le corps étranger et se cicatrise en arrière.

Diagnostic. — Le diagnostic est, le plus souvent, facile. Mais dès que les complications inflammatoires ont transformé le vagin en un milieu purulent, végétant, fongueux, la constatation d'un corps étranger de volume réduit n'est pas toujours aisée.

Traitement. — Le mode d'extraction diffère avec chaque cas parti-

(1) LE DENTU, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1895.

culier. Tandis qu'un corps étranger déterminé sera facilement extrait avec les doigts ou avec une pince, un autre objet nécessitera des manœuvres plus laborieuses. Il faudra quelquefois inciser une bride, un rétrécissement vaginal; d'autres fois, la dureté, jointe au volume du corps, compliquera les manœuvres d'extraction.

Sténoses et atrésies acquises du conduit vulvo-vaginal.

— **Étiologie.** — En dehors des malformations congénitales qui rétrécissent ou ferment les voies génitales inférieures, il est tout un groupe d'affections, de lésions, qui laissent comme résultat plus ou moins éloigné une sténose, une atrésie même, de l'orifice vulvo-vaginal ou du vagin. Au premier rang des causes étiologiques se placent les conséquences d'accouchements laborieux, avec séjour prolongé d'une tête fœtale, de volume moyen ou exagéré, dans le petit bassin. La compression exercée amène une attrition des tissus. Si cette attrition est suffisamment prononcée, tant comme durée que comme intensité, la portion atteinte s'escarifie et la chute de cette escarre amène une perte de substance. De la profondeur de cette perte de substance dépend l'importance des dégâts; si la paroi vaginale est emportée sur toute son épaisseur, on assiste à la formation d'une fistule. Au cas contraire, il n'y a qu'une cicatrice purement vaginale; mais, dans l'un et l'autre cas, cette cicatrice subit toujours une rétraction inodulaire, qui, selon sa position, entraîne une déformation de la région, une sténose de l'orifice ou du canal.

La réunion de toutes les autres causes qui agissent dans la genèse des sténoses n'égale pas en fréquence la seule influence des traumatismes obstétricaux. Des violences extérieures peuvent déterminer des cicatrifications vicieuses des parties. Le séjour prolongé d'un corps étranger dans le vagin, les cautérisations, les reliquats d'une gangrène infantile ou consécutive à une infection grave, à une ulcération syphilitique, ont été observés. La vaginite, chez les enfants (Simpson), peut créer des adhérences d'une partie de la paroi à une autre. Chez l'adulte, outre la vaginite signalée par Hildebrandt, la péri-vaginite phlegmoneuse a parfois pour conséquence une sténose.

L'esthiomène et le kraurosis vulvæ doivent aussi être signalés. Enfin, chez des femmes n'ayant plus depuis longtemps de rapports sexuels, l'atrophie qui atteint tous les organes génitaux se fait sentir sur le vagin, qui se trouve rétréci en entonnoir vers sa partie supérieure, et permet difficilement d'atteindre le col, généralement atrophié.

Siège. — Nous avons vu que la cause la plus fréquente des cicatrices était l'escarre par compression dans l'accouchement. Le siège des cicatrices est donc ainsi, le plus souvent, assez profond et purement vaginal. Cependant, celles qui résultent de traumatismes externes, de brûlure, de gangrène, d'affections vulvaires, siègent à l'anneau vulvo-vaginal et en déterminent la sténose.

Symptômes. — S'il y a atrésie complète, tous les accidents de rétention en arrière de l'obstacle se produisent, de même que dans les cas d'origine congénitale. Si, au contraire, un orifice plus ou moins grand persiste, le plus souvent le coït est possible, l'écoulement des règles est assuré. En général, cependant, la gêne amenée par l'obstacle à l'écoulement des liquides et des sécrétions favorise les infections. C'est ainsi que la vaginite, et même la métrite, sont presque la règle dans les cas de ce genre.

Traitement. — En dehors des cas d'atrésie complète (Pozzi), où il faudrait avoir recours aux traitements déjà indiqués au chapitre consacré aux atrésies congénitales, le traitement de ces cicatrices se résume dans l'excision suivie ou non, suivant les circonstances, d'une autoplastie. Le résultat est assez difficile à atteindre. Il faut bien surveiller la nouvelle cicatrisation et, souvent, une dilatation prolongée du vagin sera nécessaire. Si une bride, un rétrécissement, étaient reconnus pendant la grossesse, il faudrait essayer de lever l'obstacle par une intervention. Si cette dernière ne semblait pas devoir donner un résultat suffisant, on pourrait penser à l'avortement ou à l'accouchement prématuré.

Si l'obstacle est reconnu pendant l'accouchement, on peut être amené à pratiquer des interventions sérieuses (opération de Porro, opération césarienne, etc.).

Fistules vaginales. — Les fistules vaginales sont constituées par des orifices ou des trajets qui permettent l'écoulement de l'urine ou des matières fécales dans le vagin. Il existe donc des *fistules urinaires* et des *fistules stercorales*.

A. Fistules urinaires. — Historique. — Il faut arriver à Félix Plater, en 1597, pour trouver la première indication sur la fistule uro-génitale, puis à Louis Mercatus (1605), Severin Pincus, Fabrice de Hilden, Pierre di Marchettis et Munniks. C'est van Roohuysse, accoucheur à Amsterdam, qui chercha le premier à obtenir la cure radicale de ces fistules. On trouvera dans le *Traité des fistules uro-génitales de la femme*, par Deroubaix, l'historique complet de la question : les tâtonnements successifs des anciens, l'autoplastie du vagin par la méthode indienne (élytrophastie de Jobert), la crystoplastie ou autoplastie vaginale par locomotion, de Jobert, opération qui fut un progrès considérable dans le traitement des fistules urinaires de la femme.

Mais c'est sous l'influence de Marion Sims et de Bozeman que la cure de ces fistules prit un essor d'autant plus remarquable que les chirurgiens qui avaient mis à l'épreuve le procédé de Jobert (de Lamballe) avaient le plus souvent échoué. Le procédé américain (Hayward, Marion Sims, Bozeman) trouva des protagonistes en France (Ver-

neuil, Follin), en Angleterre (Simpson et Baker-Brown), en Allemagne (Simon, de Rostock). Ce dernier auteur contribua au succès de la méthode en formulant des règles et en indiquant des perfectionnements qui devaient rester dans la pratique chirurgicale.

A côté de ce procédé américain qui rendit des services si considérables, on doit en ranger un autre qui a été proposé par Duboué (de Pau) en 1865 et qui a été préconisé de nouveau à l'étranger par Fritsch, Sängner, Mackenrodt, Fenomenoff, et, en France, par Polosson et Ricard.

Duboué, en 1865, revenant aux idées de Dieffenbach, de Gerdy et de Collis, conseille, au lieu de l'avivement en surface, la formation de deux lambeaux opposés, destinés à être réunis par un mode particulier de suture qui participe en même temps des caractères de la suture enchevillée et de la suture entrecoupée.

Enfin, il ne faut pas oublier la voie hypogastrique qui donna de beaux succès entre les mains de Baumm, de von Dittel, de Bardenhauer et de Duplay.

L'urine peut s'écouler par un orifice provenant d'une solution de continuité de la paroi vésico-vaginale : *fistule vésico-vaginale* (p. 552); par une plaie de l'uretère : *fistule urétérale* (p. 566); par une plaie de l'urètre, *fistule uréthro-vaginale* (p. 565). L'urine peut tomber dans le vagin par l'orifice externe du col. Dans ces conditions, il faut qu'il existe une communication entre la vessie et l'utérus : *fistule vésico-utérine*, p. 564 ou entre l'utérus et l'uretère, *fistule urétéro-utérine* (p. 566).

Les fistules peuvent être produites : 1° par un traumatisme accidentel banal; 2° spontanément, par la marche progressive d'une ulcération dont le point de départ peut-être vaginal ou vésical; 3° pendant l'accouchement : a) soit par une intervention maladroite; b) soit par la longue durée de l'accouchement, qui détermine une compression des tissus, le sphacèle et la production d'une fistule; 4° pendant une opération chirurgicale.

1° Les fistules urinaires dues à un traumatisme accidentel et banal sont rares. Verneuil a signalé la production de cet accident dans une chute à califourchon. Le coït aurait pu déterminer une lésion du même genre.

2° Les fistules peuvent être sous la dépendance d'une ulcération qui, se propageant de la vessie dans le vagin ou réciproquement, détermine une solution de continuité qui, finalement, permet le passage de l'urine dans le vagin. Le cancer peut produire un tel résultat; il ne s'agit là que d'une complication du cancer. Un corps étranger soit vésical (pierre), soit vaginal (pessaire en particulier), donnera lieu quelquefois au même accident. Les cystites invétérées, les cystites tuberculeuses, en particulier, peuvent produire le même effet.

3° Dans la très grande majorité des cas, c'est l'accouchement qui est la cause des fistules urinaires.