

CHAPITRE II

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU VAGIN

INFLAMMATIONS

VAGINITES

L'inflammation du vagin ou *vaginite* est une affection fréquente surtout à la période sexuelle, mais on l'observe aussi parfois aux deux âges extrêmes de la vie, chez les petites filles ou chez les femmes âgées.

Étiologie. — Pathogénie. — L'étude microbiologique des vaginites comme celle des vulvites n'est pas encore complète; il est toutefois possible dès à présent d'en tracer les grandes lignes.

L'infection inflammatoire du vagin s'effectue suivant trois modes principaux : 1° par causes externes; 2° par les sécrétions utérines, puerpérales ou non; 3° par le développement des microbes normalement contenus dans le mucus vaginal.

A. INFECTION PAR CAUSES EXTERNES. — L'infection vaginale est le plus souvent, primitivement du moins, de *cause externe* : elle se fait par rapprochement sexuel, atouchements, injections, soins de propreté mal compris et mal exécutés. Le plus souvent la *vaginite* est alors *spécifique*, et *blennorragique*.

Les gonocoques seraient très rares dans le vagin; Bumm a même nié l'infection primitive par le vagin. On les trouve surtout à la vulve, au voisinage du méat urinaire comme nous l'avons dit au chapitre *vulvites*, et aussi en grand nombre dans le col utérin.

Mais si les gonocoques sont rares dans le vagin, il n'en est pas moins vrai que ce conduit est, dans l'infection blennorragique, le siège d'une inflammation extrêmement intense, qui constitue par sa fréquence le type le plus fréquent des vaginites.

Bumm a fait remarquer que la grossesse provoquait une prolifération excessive des gonocoques, même chez des personnes dont l'infection blennorragique paraissait depuis longtemps éteinte.

Cette influence des maladies intercurrentes est encore démontrée par ce fait, que la vaginite blennorragique des petites filles est plus fréquente chez celles qui sont atteintes de scarlatine (Dusch-Spaeth).

En dehors du gonocoque, la flore vaginale microbienne très exaltée par l'inflammation présente des microbes pyogènes, streptocoques, staphylocoques, coli-bacille, des bactéries, des sarcines, des saprophytes, des organismes inférieurs.

Au point de vue étiologique, il y a donc lieu de distinguer avec M. Pozzi les différentes espèces suivantes :

1° La *vaginite blennorragique des adultes*;

2° La *vaginite blennorragique des petites filles et des vierges*, soit qu'il y ait eu

des tentatives de viol, soit que, comme cela arrive sans doute assez souvent, il y ait eu contact de linges, de vêtements souillés par d'autres personnes atteintes de la même manière. Ainsi faut-il expliquer sans doute les *épidémies de famille*, les *épidémies d'hôpital* comme celle qui a été observée par M. Ollivier à l'hôpital des Enfants-Malades (1).

3° Un certain nombre de *vaginites des femmes enceintes*, qui ne sont autre chose que des *réveils* d'anciennes blennorragies méconnues ou paraissant terminées.

D'autres germes externes *non spécifiques*, venus du dehors, peuvent produire la vaginite. Les produits infectieux, amenés par des corps étrangers servant à la masturbation ou par des oxyures, trouvent dans les saprophytes normalement contenus dans le vagin un terrain de culture favorable à leur développement. Tantôt une déchirure du périnée aura favorisé leur pénétration, tantôt, au contraire, la présence d'un hymen à orifice étroit facilitera la stagnation des liquides infectieux et favorisera leur action inflammatoire. La plupart des vaginites non spécifiques des petites filles et des vierges rentrent dans cette catégorie.

B. INFECTION PAR LES SÉCRÉTIONS UTÉRINES. — Les sécrétions pathologiques fournies par l'utérus à l'état puerpéral ou en dehors de cet état sont une cause importante de vaginites. La leucorrhée vaginale qui complique la métrite ne reconnaît pas d'autre origine, ainsi que le fait remarquer Pozzi, et disparaît dès que l'inflammation de la muqueuse utérine a été guérie par le curetage ou toute autre médication efficace.

Dans cette catégorie se placent encore les *vaginites non spécifiques des femmes enceintes*, les *vaginites septiques des femmes en couches*, infections mixtes d'ailleurs le plus souvent, où les causes externes (blennorragies anciennes, instruments malpropres) viennent s'ajouter aux causes internes.

Dans un autre ordre d'idées, il convient de rapprocher de cette catégorie les inflammations vaginales dues à l'écoulement de l'urine ou au passage des matières fécales dans les cas de fistules urinaires ou fécales, dont nous aurons à tracer l'histoire après celle des vaginites.

C. INFECTION AUTOCHTONE PAR LE DÉVELOPPEMENT DES SAPROPHYTES NORMALEMENT CONTENUS DANS LE VAGIN. — Chacun sait qu'on rencontre normalement à la surface de la muqueuse vaginale des microbes, les uns pathogènes, les autres inoffensifs. Dans les conditions ordinaires, la muqueuse vaginale, protégée par son épithélium, résiste parfaitement à leur action; mais que la menstruation ou la parturition vienne à diminuer la résistance des tissus, la muqueuse vaginale s'infecte par multiplication des produits microbiens qu'elle renferme à l'état normal.

Otto van Herff a étudié en 1895 une *vaginite mycotique* : sur 22 observations, il a trouvé 16 cas d'*oidium albicans*, 4 cas de *monilia candida*, 1 cas de *phoxa vaginalis*, une fois une levure.

Dans cette catégorie trouvent place une partie des vaginites des petites filles ou des femmes vierges, dues à la malpropreté, à l'absence de soins hygiéniques, en dehors de toute cause externe d'infection. L'étroitesse de l'hymen en pareil cas est, avons-nous dit plus haut, une cause adjuvante qu'il ne faut pas oublier.

A côté de ce groupe, il en est un second non moins important, renfermant les *vaginites des adultes*, dues au séjour prolongé des pessaires, à l'insuffisance des soins de propreté, aux excès gènesiques, à l'équitation, à l'usage des machines

(1) Bull. de l'Acad. de méd., 1888.

à coude, à l'exposition au froid, à la stase sanguine des maladies de cœur ou de foie, à la pression des tumeurs abdominales et, dans certains cas, à la grossesse.

Telles sont encore la *vaginite de la ménopause* et celle *des vieilles femmes*, dues à l'absence de soins hygiéniques et à la prédisposition créée par l'herpétisme ou l'arthritisme.

Anatomie pathologique. — La vaginite est *aiguë* ou *chronique*.

Elle peut exister isolément, plus souvent elle s'accompagne d'inflammations de même nature de l'utérus, de la vulve, de l'urèthre, des glandes vulvo-vaginales.

A. VAGINITE AIGÜE. — La muqueuse est *rouge*, vascularisée, rugueuse, tuméfiée. On sait que le vagin ne renferme pas de glandes; les lésions inflammatoires sont donc bornées à la vascularisation plus grande et à l'hypertrophie des papilles, avec ou sans infiltration du tissu sous-papillaire.

Dans la *vaginite simple* de C. Ruge, les saillies papillaires sont plus marquées qu'à l'état normal, les vaisseaux sont dilatés.

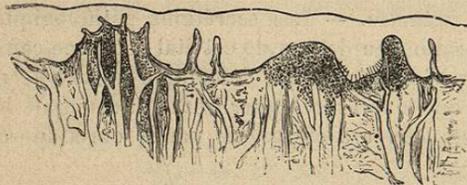


FIG. 5. — Vaginite simple. (Ruge.)

La surface épithéliale reste lisse, mais s'épaissit par places; les leucocytes s'infiltrent au milieu des cellules qu'ils tendent à dissocier et la technique spéciale montre ces éléments entourés ou pénétrés de microbes patho-

gènes et notamment des gonocoques de Neisser.

La *vaginite granuleuse* n'est pour ainsi dire qu'un degré plus avancé de la précédente. Les papilles infiltrées de leucocytes tendent à se fusionner par groupes qui constituent les *granulations*. Une prolifération active se manifeste dans l'épithélium et particulièrement dans ses couches profondes. Ces granulations ont été considérées par quelques auteurs comme des follicules lymphatiques, par d'autres comme des glandes muqueuses; nous préférons l'interprétation de Ruge. La *vaginite granuleuse* est une des formes les plus fréquentes de l'inflammation vaginale; on l'observe aussi bien à l'état chronique qu'à l'état aigu.

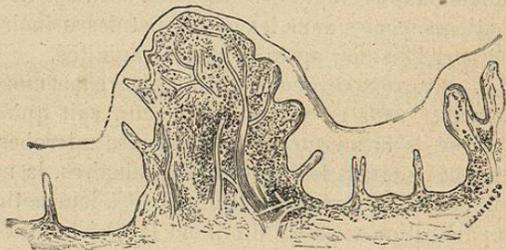


FIG. 6. — Vaginite granuleuse.

La *grossesse* la provoque tout particulièrement, mais toutes les causes d'inflammations sont susceptibles de produire cet *état granuleux*.

La *vaginite sénile* n'est pas rare chez les vieilles femmes. La muqueuse vaginale est semée de taches ecchymotiques ou de petites élevures aplaties, quelquefois érodées ou exulcérées.

On a observé plus rarement de véritables petites *pustules* dont la rupture donnait lieu à de *petites ulcérations superficielles*. L'accolement des surfaces ulcérées produit, dans certains cas rares, le *rétrécissement*, voire même l'*oblitération* du vagin.

Toutes ces formes, *vaginite miliaire*, *vaginite vésiculeuse d'Eppinger*, *vaginite herpétiforme*, *vaginite ulcéreuse adhésive de Hildebrandt*, rentrent, d'après Pozzi, dans la classe des *vaginites séniles* de Ruge.

Le processus inflammatoire aboutit encore à des formes plus rares: *vaginite exfoliante*, *vaginite gangreneuse*, *vaginite emphysémateuse* ou *pachyvaginite kystique*.

La *vaginite exfoliante* est caractérisée par l'expulsion de lambeaux membraneux constitués par des plaques d'épithélium épaissi; on obtient parfois un moule complet du canal, comme dans la dysménorrhée membraneuse avec laquelle il ne faut pas la confondre. Cette variété s'observe particulièrement au moment de la période menstruelle ou à la suite d'injections astringentes.

La *vaginite gangreneuse*, ou *gangrène du vagin*, ne s'observe qu'à titre de complication septique d'une inflammation antérieure. Les microbes pathogènes de ces gangrènes n'ont pas été étudiés à notre connaissance. Les maladies infectieuses aiguës, surtout la *rougeole*, la *variole*, le *typhus*, l'*état puerpéral*; les *blennorragies* intenses, en sont les causes principales; il convient d'y ajouter certains cancers de l'utérus, fibromes sphacelés, pessaires oubliés depuis longtemps dans le vagin (voir chapitre précédent, *Des corps étrangers du vagin*). L'élimination des escarres nécessite une grande attention, pour éviter, ou réduire à leur minimum les adhérences ou les rétrécissements qui en sont la conséquence toutes les fois que la cicatrisation n'est pas suffisamment surveillée.

Entre la *vaginite exfoliante* ou *membraneuse* et la *vaginite gangreneuse*, il convient de placer la *vaginite croupale* ou *diphthérique*. Sous cette dénomination, les auteurs étrangers entendent la production de fausses membranes dues à la mortification superficielle de la muqueuse, et par suite l'infection doit prendre place, comme nous venons de le dire, entre la *vaginite exfoliante* et la *vaginite gangreneuse*. La *diphthérie vaginale*, telle que nous l'entendons en France, s'observe comme localisation de la diphthérie vraie, et l'on constate dans la fausse membrane les bacilles caractéristiques de cette maladie.

La *vaginite de la grossesse* se présente parfois sous des apparences spéciales, bien étudiées par Winkel, Schröder, Schmolling, Nœcke, Zweifel, Ruge, Hueckel, Chiari, etc. Les saillies papillaires de la muqueuse enflammée se creusent de lacunes renfermant du liquide ou des gaz; de là les noms de *pachyvaginite kystique*, *colpohyperplasie kystique* (Winkel), *vaginite emphysémateuse*.

Les vésicules ainsi formées peuvent se rompre et s'ulcérer ou se dessécher. Les gaz, produits sans doute par la décomposition des parties enflammées, ne sont pas infiltrés dans des cavités kystiques véritables, mais dans les mailles du tissu conjonctif (Ruge), peut-être dans les capillaires lymphatiques dilatés et remplis d'endothélium tuméfié (Chiari).

La *périvaginite phlegmoneuse* n'est, comme le fait justement remarquer Pozzi, qu'une variété de *cellulite du petit bassin*; on l'observe dans la blennorragie, la pneumonie, la fièvre typhoïde, la muqueuse vaginale des cloisons soulevée par la suppuration de sphacèle produisant des fistules graves et ultérieurement des rétrécissements auxquels il est très difficile de remédier.

B. VAGINITE CHRONIQUE. — La muqueuse vaginale n'est plus rouge, elle prend une coloration violacée, livide.

Ici, plus encore que dans la *vaginite aiguë*, les lésions n'envahissent pas toute la muqueuse: on les trouve cantonnées en certains points, où elles semblent s'être réfugiées comme dans un dernier retranchement, d'où elles

sortent parfois, pour exécuter des retours offensifs avec poussées aiguës : *blennorragie des culs-de-sac* (A. Guérin et Martineau).

On y trouve par place des excoriations, des granulations, surtout fréquentes au niveau de la paroi antérieure.

La vaginite chronique est souvent suivie de prolapsus du vagin (Bouilly).

Symptômes. — Il est assez difficile de démêler exactement la part qui revient à la vaginite dans le tableau symptomatique de la blennorragie; toutefois l'inflammation du vagin se reconnaît à des caractères non douteux :

1° *Douleur locale*, marquant quelquefois le début du mal : c'est une sensation de prurit, de chaleur, de brûlure dans le vagin avec pesanteur au périnée, s'accompagnant parfois de ténésme anal, de douleurs expulsives dans le vagin et même de vaginisme. L'introduction du doigt, et à plus forte raison du spéculum, est, dans certaines formes, excessivement douloureuse.

2° *L'écoulement* des vaginites blennorragiques d'abord séreux, puis blanc verdâtre, parfois même vert pistache dans les formes intenses, passe ensuite au jaune. Dans quelques cas, il est extrêmement abondant et provoque un prurit vulvaire des plus pénibles et même des excoriations ou des végétations sur les parties voisines de la vulve. Pendant la phase aiguë, l'écoulement blennorragique présente une odeur fétide; dans les vaginites provoquées par le séjour prolongé de corps étrangers, l'odeur est souvent plus fétide encore.

3° *L'examen de la muqueuse vaginale*, fait à l'aide du spéculum de Cusco, montre les diverses particularités signalées plus haut :

Muqueuse rouge, injectée, vascularisée, tuméfiée, avec hypertrophie et infiltration des papilles.

Peu à peu ces troubles disparaissent et font place à des *granulations* qu'on retrouve également dans *certaines vaginites de la grossesse*. Plus rarement on aperçoit, par places, des vésicules (vaginite miliaire), des *pustules* ou même de petites *ulcérations* d'apparence folliculaire, dont nous avons indiqué déjà le mode de formation. Plus rarement, on a signalé des végétations ou papillomes qui ne sont qu'un degré de plus de l'inflammation des papilles.

Au toucher, le vagin est chaud, douloureux. Dans quelques cas d'inflammation très vive ou à la suite de certaines injections modificatrices, on a signalé des expulsions de lambeaux de muqueuses (vaginite exfoliante).

L'écoulement est à peu près le seul signe des vaginites séniles et de la vaginite emphysémateuse des femmes en couche.

Dans les *vaginites chroniques* et surtout dans les vaginites aiguës devenues chroniques, la muqueuse présente une coloration violacée; elle n'est plus enflammée que par places (hémorragie des culs-de-sac, A. Guérin et Martineau).

L'écoulement est jaunâtre, peu abondant, les douleurs se bornent à quelques élancements dans le vagin ou les grandes lèvres, à une sensation de chaleur plus accusée dans certains moments correspondant à de petites poussées subaiguës, faibles retours offensifs de l'inflammation première.

L'altération produite par la vaginite chronique se retrouve presque toujours au début des prolapsus vaginaux, dont elle facilite la production.

La vaginite aiguë dure rarement plus de trois à quatre semaines, quand elle est bien traitée; l'état chronique est beaucoup plus long à modifier; certains prétendent même que, dans les formes d'origine blennorragique, l'inflammation ne disparaît jamais complètement.

Certaines formes suraiguës, d'inflammation *gangreneuses*, s'accompagnent de phénomènes généraux graves; la mort peut en résulter.

La *vaginite mycotique* s'observerait surtout chez les femmes âgées, pendant l'été; la muqueuse semble rouge, par places saupoudrée de farine; ce sont les colonies de champignons.

Diagnostic. — Le diagnostic de la vaginite ne souffre guère de difficultés, lorsque les malades viennent se présenter d'elles-mêmes au médecin, lui racontant ce qu'elles éprouvent et sollicitant l'examen qui doit trancher toutes les difficultés. Mais les malades ne se présentent pas toujours ainsi : elles viennent vous consulter pour des troubles éloignés qu'elles racontent à leur manière; c'est au chirurgien expérimenté à soupçonner la vaginite blennorragique derrière un rhumatisme de même nature, derrière des douleurs abdominales; quelques questions adroitement posées sur la sensibilité de l'urèthre, les mictions douloureuses, la nature des urines, les pertes blanches, conduiront vite à examiner le linge de la malade et peu après la muqueuse vaginale et vulvaire.

On aura soin de ne pas prendre pour des plaques muqueuses de simples végétations de la vulve et du vagin et, inversement, on ne laissera pas passer inaperçue une lésion spécifique concomitante d'une inflammation vaginale.

La *confrontation de la femme* et de l'auteur présumé de la contamination est, dans les cas difficiles, lorsqu'elle est possible, d'un très grand secours pour le diagnostic.

Lorsque le diagnostic de la nature est hésitant, l'exploration de l'urèthre chez la femme, l'examen et la culture des liquides contagieux permettent seuls de lever tous les doutes, au moins dans les cas récents.

Les médecins légistes savent tous combien il est difficile dans certains cas de se prononcer sur la nature de l'écoulement observé chez des petites filles ou des femmes vierges.

Il suffit de connaître la vaginite des femmes enceintes, de savoir qu'elle peut produire des végétations, pour éviter toute méprise à ce sujet.

Pronostic. — Ce qui fait si grave le pronostic de la vaginite, c'est la fréquence de sa nature blennorragique et par suite des complications de toute nature qui résultent de cette infection : métrites, salpingites séreuses ou purulentes, rhumatisme blennorragique, survenant soit pendant la période aiguë, soit beaucoup plus tard sous la forme de retours offensifs dont nous avons déjà tant parlé.

Plus fréquemment encore chez la femme que chez l'homme, les lésions ascendantes de la blennorragie sont bilatérales et causent la stérilité; l'oblitération des deux trompes par salpingite chronique est la règle chez les prostituées (Pozzi).

On a observé chez des petites filles et des vierges des pyo-salpingites dont l'origine gonorrhéique n'était douteuse pour personne.

Longue durée de la virulence, état latent du microbisme, réapparition sous l'influence d'un excès, d'une grossesse, sont autant de caractères inoubliables de l'infection blennorragique chez la femme.

Les autres vaginites sont d'un pronostic beaucoup moins sérieux et cèdent plus facilement au traitement.

Traitement. — La désinfection du vagin est rarement obtenue rapidement dans les vaginites blennorragiques.

Quelques auteurs ont même conseillé, dans la phase suraiguë du début, de se contenter des émollients, grands bains prolongés, boissons délayantes. La plupart des chirurgiens sont d'accord pour préconiser aujourd'hui dès cette première phase les grandes injections antiseptiques :

4 à 6 litres de solution de sublimé à 1/10000 ou de solution de permanganate de potasse plus ou moins concentré. Dès que la sensibilité a diminué, quelques chirurgiens font un tamponnement sec du vagin avec de la gaze au salol, du salol, de la gaze iodoformée, de la poudre de tanin, etc. ; d'autres continuent les injections antiseptiques ; on s'est servi de la créoline, de l'acide phénique, du coaltar saponiné, de la résorcine, du chlorure de zinc au centième, en un mot, on a employé tous les antiseptiques, sans qu'il soit possible de considérer l'un d'eux comme un remède spécifique de la maladie. J'ai vu mon excellent ami le Dr Bar obtenir d'excellents résultats par l'isolement des surfaces à l'aide de tampons d'ouate hydrophile imbibés d'une solution de nitrate d'argent.

Lorsque la vaginite est guérie, il faut s'occuper de la métrite, ne pas négliger les soins antiseptiques, pour éviter les retours de la maladie.

Les vaginites non infectieuses cèdent facilement au traitement ; il est curieux de voir avec quelle rapidité disparaît la vaginite la plus intense, due à la présence d'un pessaire perdu dans le vagin depuis des années, dès que le chirurgien a enlevé la cause du mal.

Le traitement des formes ulcéreuses et gangreneuses nécessite une longue et attentive surveillance pour empêcher les communications anormales et les rétrécissements de se produire, ou tout au moins pour en atténuer les effets dans la mesure du possible.

CHAPITRE III

RÉTRÉCISSEMENTS DU VAGIN

Les rétrécissements du vagin sont *congénitaux* ou *acquis*.

Les *rétrécissements congénitaux* siègent plus souvent à la partie supérieure du vagin ; nous les étudierons plus loin avec les malformations des organes génitaux.

Les *rétrécissements acquis* sont *partiels* ou *totaux*.

Le *rétrécissement total* reconnaît ordinairement pour cause la vaginite chronique ; l'atrophie sénile produit une rétraction atrophique qui se rapproche des rétrécissements par inflammation chronique que nous venons de signaler.

Le *rétrécissement partiel* s'observe principalement dans la partie inférieure du vagin ; il se présente, en général, sous la forme de *brides* de formes très irrégulières résultant de la cicatrisation vicieuse d'eschares, généralement produites par un accouchement laborieux, plus rarement consécutives à l'action corrosive de liquides injectés dans le vagin, ou encore d'ulcérations inflammatoires ou spécifiques.

Le *rétrécissement partiel* reste souvent ignoré ; s'il amène de la gêne dans les fonctions génitales, si pour une cause ou une autre le chirurgien est appelé à

intervenir par la voie génitale sur l'utérus ou les annexes, le diagnostic se pose et l'indication opératoire profonde conduit à une opération préliminaire pour rétablir la voie vaginale.

La dilatation lente avec les tampons nous paraît devoir être d'abord tentée. Si elle ne réussit pas, on a recours soit à l'*incision* et au *refoulement*, soit aux méthodes autoplastiques, lambeaux empruntés à la vulve, au canal vestibulaire, aux petites lèvres, à la peau des fesses (Crédé, Chalita, Küstner, Lipinsky).

CHAPITRE IV

FISTULES DU VAGIN

On désigne sous le nom de *fistules* du vagin toute communication anormale durable de ce conduit avec les viscères creux qui l'avoisinent.

Tantôt ce sont des orifices simples *bimuqueux*, tantôt, et plus rarement, des trajets cicatriciels organisés. Les pénibles infirmités qui en sont les conséquences et les difficultés particulières de leur traitement ont fait des *fistules cicatricielles* du vagin un des chapitres les plus importants de la pathologie chirurgicale des organes génitaux de la femme.

Les *fistules congénitales* du vagin sont rares et se rattachent entièrement au chapitre des malformations des organes génito-urinaires chez la femme.

Les *fistules cicatricielles* se divisent en deux catégories bien distinctes, suivant que le vagin communique avec les organes urinaires ou avec le tube digestif : 1° *fistules urinaires* ; 2° *fistules fécales*.

I

FISTULES URINAIRES

Étiologie. — Mode de production. — Au point de vue de leur étiologie et de leur pathogénie, les fistules urinaires vaginales se divisent en quatre catégories : 1° les fistules obstétricales ; 2° les fistules chirurgicales ; 3° les fistules traumatiques ; 4° les fistules pathologiques ou spontanées.

1° Les *fistules obstétricales* sont les plus fréquentes : Dans l'immense majorité des cas, les communications anormales du vagin avec les organes urinaires sont consécutives à l'*accouchement* et surtout à un accouchement laborieux et reconnaissent pour cause, soit une pression prolongée de la tête fœtale contre le pubis, soit, beaucoup plus rarement, la manœuvre plus ou moins adroite d'un instrument et notamment du forceps.

Dans le premier cas, la fistulisation est la conséquence de l'élimination du point mortifié ; dans le second, il y a déchirure du vagin dans la manœuvre des instruments, ou bien escharification de la muqueuse par pression prolongée comme dans le premier cas. L'écoulement de l'urine, qui traduit la communi-