

SOMMAIRE

	Pages.
1. Développement des organes génitaux.	116
<i>a.</i> Développement des organes profonds	118
<i>b.</i> Développement des organes superficiels.	
2. Bifidités	119
<i>a.</i> Développement égal des deux moitiés	120
<i>b.</i> Développement inégal des deux moitiés.	
3. Abouchements anormaux et imperforations	121
<i>a.</i> Abouchements anormaux.	122
<i>b.</i> Imperforations.	
4. Hermaphrodisme	128
<i>a.</i> Gynandrie	129
<i>b.</i> Androgynie.	
5. États rudimentaires.	130
<i>a.</i> Vulve.	130
<i>b.</i> Vagin.	130
<i>c.</i> Utérus.	
6. Malformations diverses.	132
<i>a.</i> Anneaux congénitaux.	132
<i>b.</i> Brides.	
7. Fistules	133
<i>a.</i> Fistule vésico-vaginale.	141
<i>b.</i> Fistule vagino-rectale.	143
<i>c.</i> Fistule uréthro-vaginale.	144
<i>d.</i> Fistule vagino-anales.	146
<i>e.</i> Fistule vésico-utérine.	146
<i>f.</i> Fistule recto-utérine.	147
<i>g.</i> Fistule urétéro-vaginale.	148
<i>h.</i> Fistule entéro-vaginale	

MALFORMATIONS GÉNITALES

Les malformations génitales sont les unes congénitales, les autres acquises; les premières dépendent d'un vice de développement, les secondes de traumatismes, brûlures, abcès, etc.

Après une étude très sommaire du développement génital, j'aborderai l'étude des diverses malformations dans l'ordre indiqué par le sommaire.

I

DÉVELOPPEMENT DES ORGANES GÉNITAUX

Le développement des organes génitaux doit être étudié en deux parties:

- a.* Développement des organes profonds;
- b.* Développement des organes superficiels.

A. — DÉVELOPPEMENT DES ORGANES PROFONDS

Trois organes embryonnaires: les *corps de Wolff*, les *canaux de Wolff*, les *canaux de Müller*¹, président chez l'homme comme chez la femme au développement des organes génitaux profonds.

Les *corps de Wolff*, placés de chaque côté de la colonne vertébrale, dans la région qu'occuperont plus tard les reins, sont destinés à s'atrophier, sauf leur partie interne, qui fournit le testicule chez l'homme, l'ovaire chez la femme.

Le *canal de Wolff* forme chez l'homme l'*épididyme* et le *canal déférent*; il *disparaît* chez la femme.

On en retrouve les restes à côté de l'ovaire entre les ailerons moyen et postérieur du ligament large, ces restes constitués par une série de canaux (*Epiophores* et *Paraoophores*) perpendiculairement implantés (en forme de peigne) sur le canal de Wolff, constituent le *corps de Rosenmüller* ou *paro-*

¹ Il existe de chaque côté de la colonne vertébrale, 1 corps de Wolff, 1 canal de Wolff, 1 canal de Müller, en tout 6 organes, 3 de chaque côté.

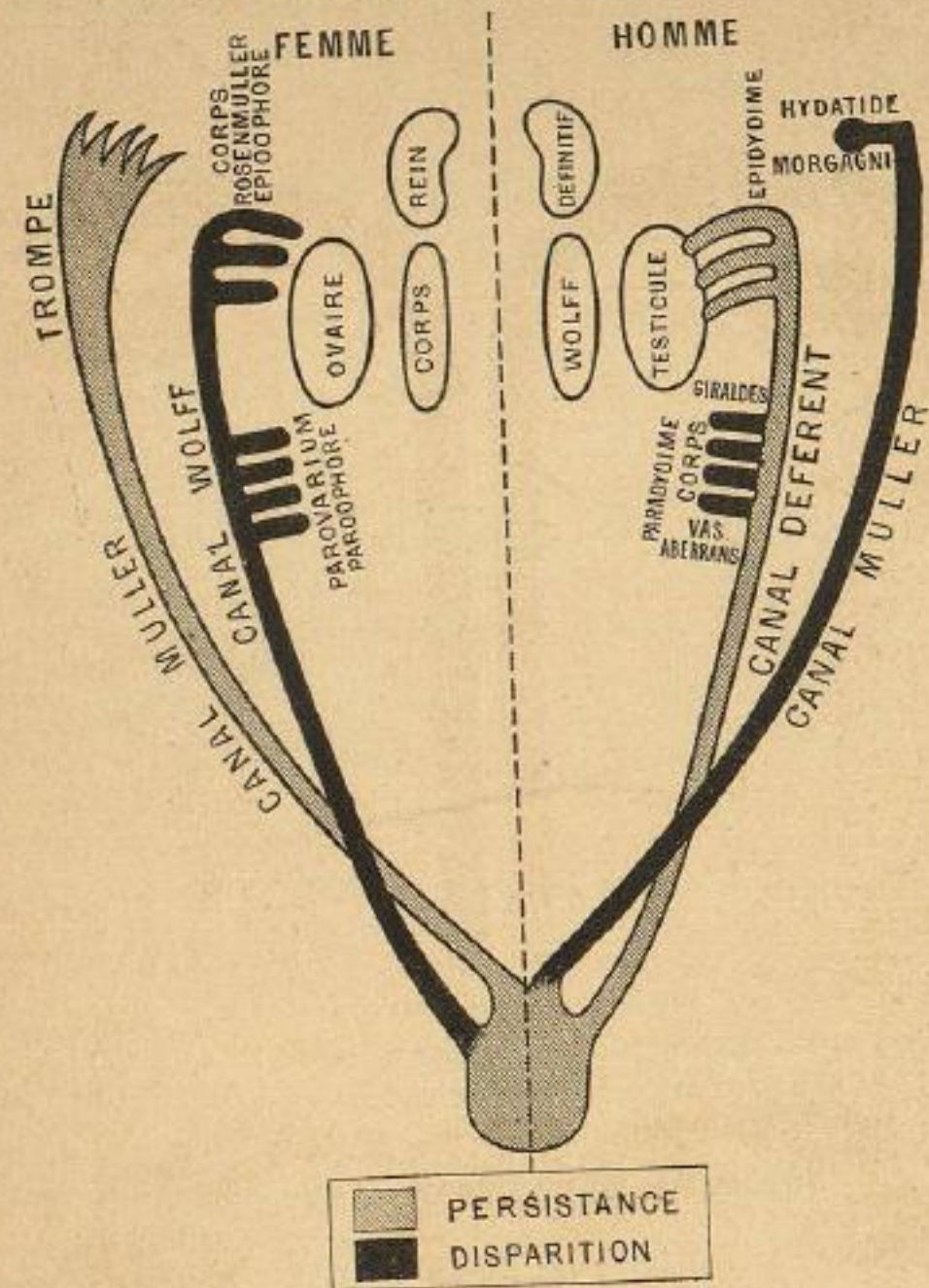


Fig. 114. — Développement des organes génitaux mâles et femelles (organes profonds).

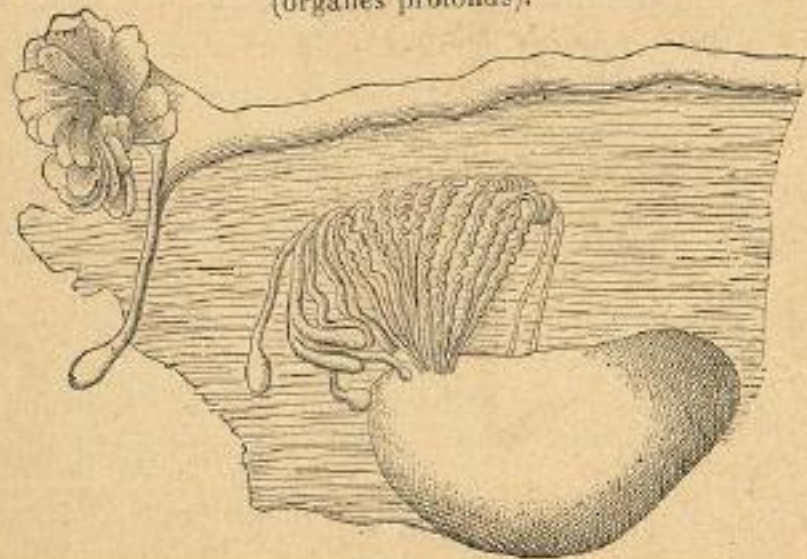


Fig. 115. — Corps de Rosenmüller ou parovarium. Hydatide de Morgagni appendue à la trompe.

varium (fig. 115) et jouent un rôle important dans la pathogénie des kystes de cette région.

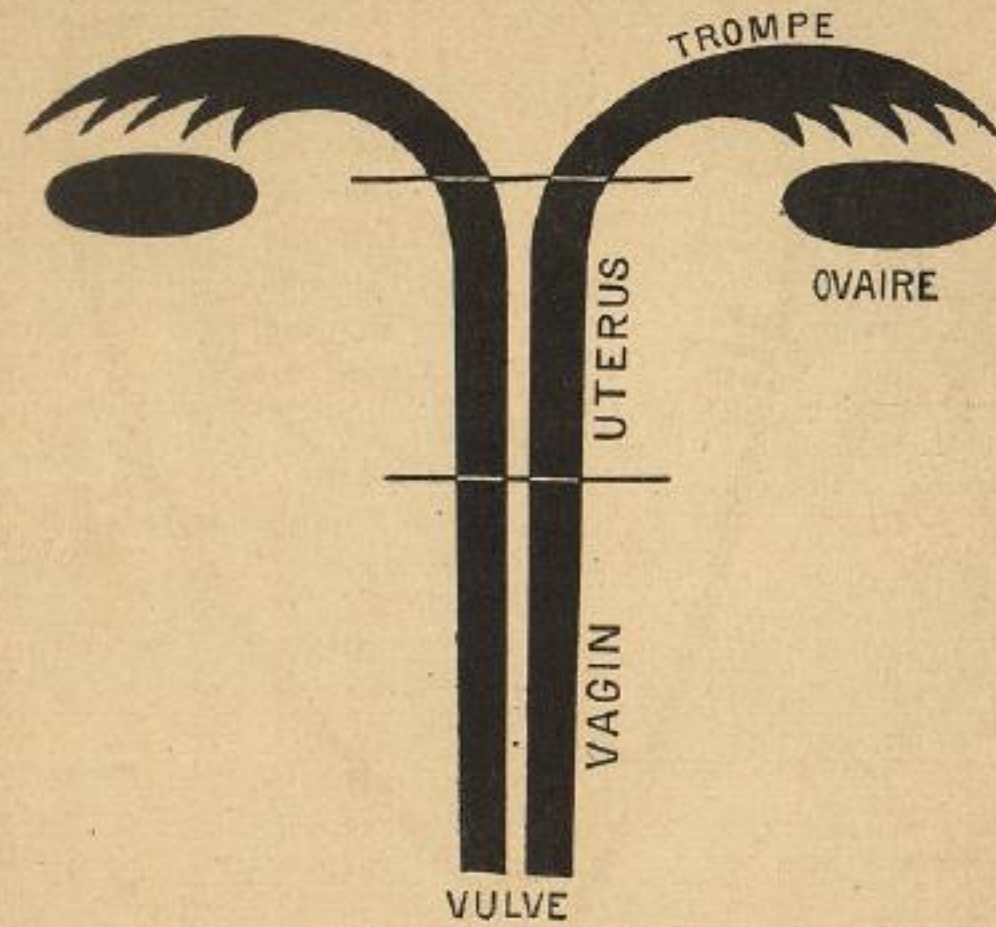


Fig. 116. — Canaux de Müller.



Fig. 117. — Constitution des organes génitaux profonds par la fusion des canaux de Müller.

Le canal de Müller disparaît chez l'homme et persiste au contraire chez la femme (fig. 114) où il constitue la *trompe*, l'*utérus* et le *vagin*.

A son extrémité profonde se trouve souvent un petit kyste qu'on rencontre dans les deux sexes, l'*hydatide de Morgagni*.

Les canaux de Müller sont disposés l'un à côté de l'autre comme l'indique la figure 116.

La portion *profonde* reste libre et forme la trompe.

La portion *moyenne* par sa fusion donne naissance à l'utérus (fig. 117).

La portion *superficielle* par une fusion analogue constitue le vagin (fig. 117).

Si cette fusion est incomplète on a un utérus ou un vagin double; vice de conformation, qui sera étudié ultérieurement.

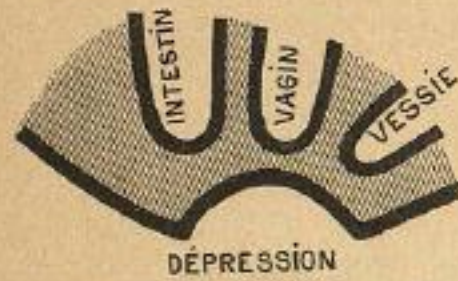


Fig. 118. — Développement des organes génitaux superficiels.



Fig. 119. — Scission en deux de la dépression externe.

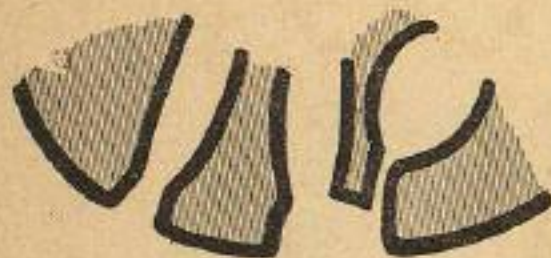


Fig. 120. — Fusion.

Si la réunion de la dépression superficielle avec le conduit profond n'a pas lieu, il y a imperforation soit du rectum, soit du vagin, soit de la vessie, malformations qui seront exposées plus loin.

II

BIFIDITES

Le vagin et l'utérus sont formés par l'accolement et la fusion des deux canaux de Müller; si cette fusion est nulle ou incomplète, ces organes deviennent *bifides*.

Dans cette bifidité, il peut y avoir développement *égal* ou *inégal* des deux moitiés.

A. — DÉVELOPPEMENT ÉGAL DES DEUX MOITIÉS

Dans le dédoublement du canal utéro-vaginal, qui se fait de la profondeur vers la superficie, tantôt l'utérus est simplement *cloisonné*, tantôt *dédouble*.

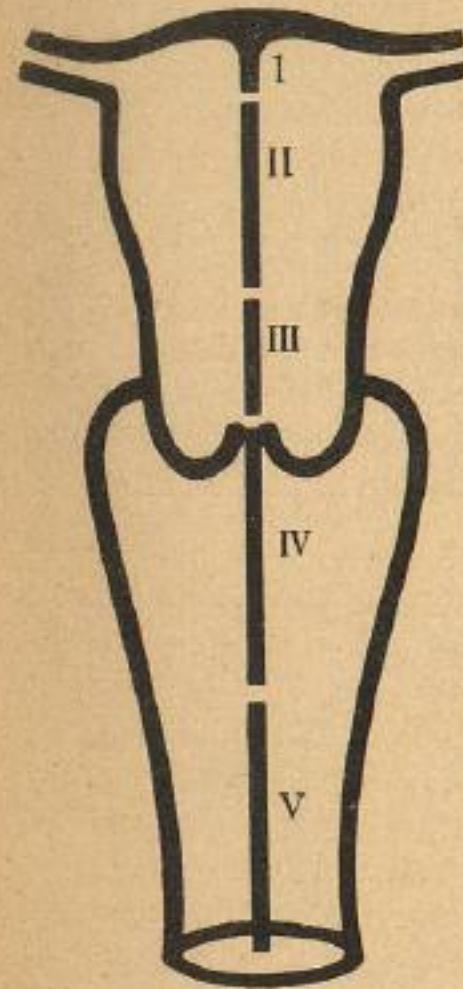


Fig. 121. — Utérus cloisonné.

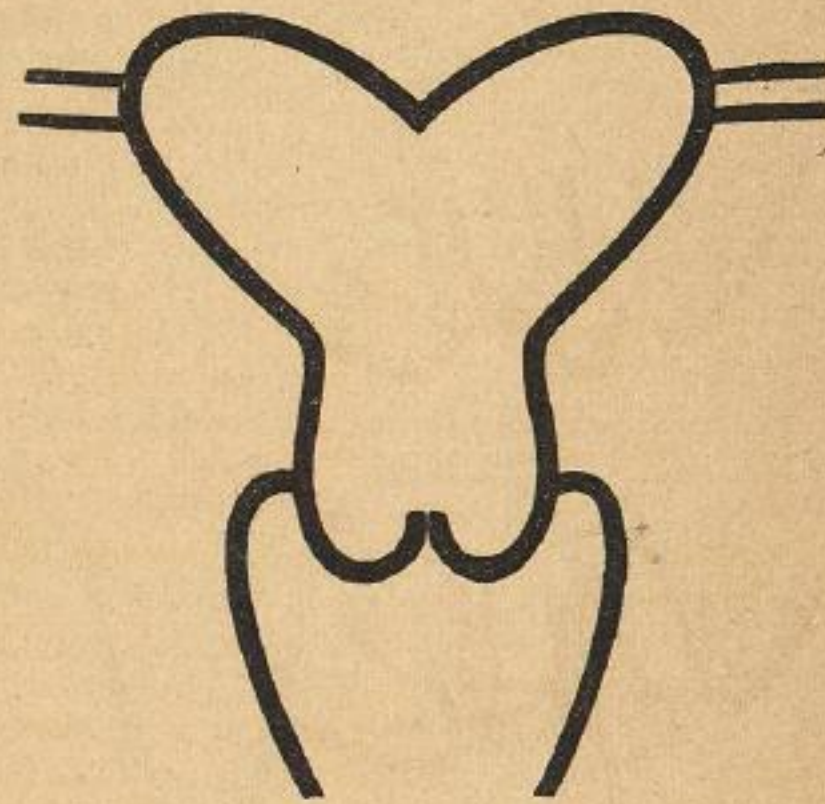


Fig. 122. — Utérus bilobé.

Dans le premier cas, l'examen interne de l'utérus n'indique pas la déformation, ainsi qu'il le fait dans le second.

1° Utérus cloisonné, 5 degrés (fig. 121).

- I. Ebauche de cloison;
- II. Cloison corporeale;
- III. Cloison corporeo-cervicale;
- IV. Cloison utéro-vaginale incomplète;
- V. Cloison utéro-vaginale complète.

2° Utérus dédouble.

- I. Deux cornes (fig. 122);

II. Deux corps (fig. 123);

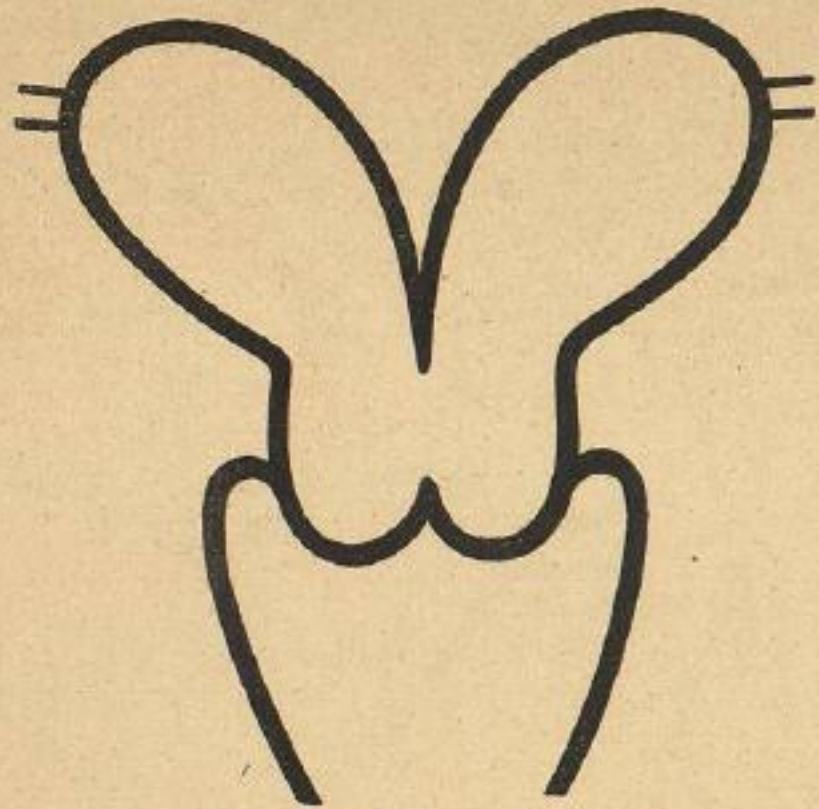


Fig. 123. — Utérus bifide.



Fig. 124. — Utérus double.

III. Deux utérus séparés (fig. 124).

B. — DÉVELOPPEMENT INÉGAL DES DEUX MOITIÉS

Un des canaux de Müller s'est incomplètement développé, de telle sorte

que les organes génitaux présentent une asymétrie qui peut prendre diverses formes, et dont la figure 125 nous donne un exemple.

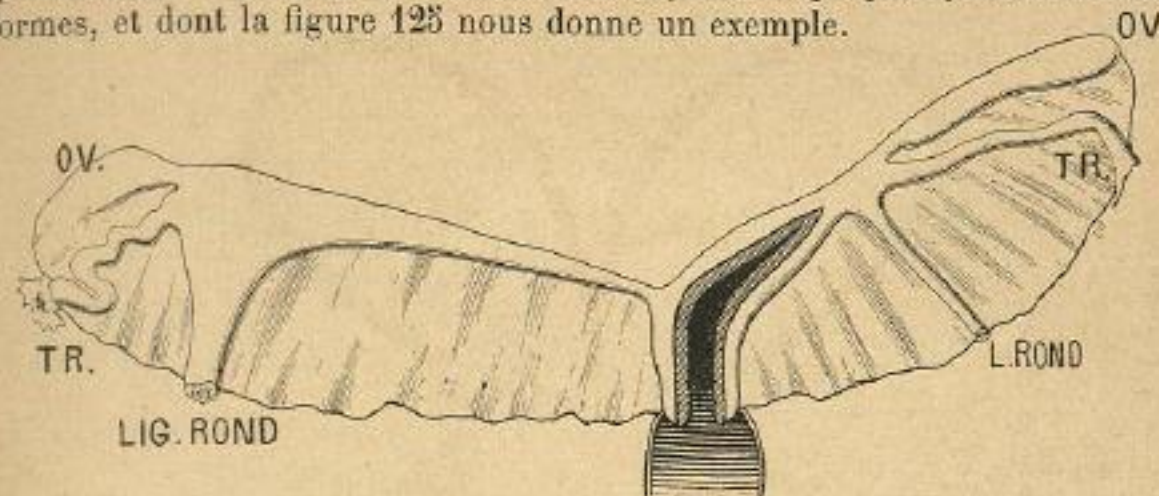


Fig. 125. — Utérus unicorne (Schroeder).
OV, ovaire. — TR, trompe.

Je n'insiste pas davantage sur ces bifidités génitales, bien qu'elles soient importantes et connues, car elles ne réclament aucun traitement spécial.

III

ABOUCHEMENTS ANORMAUX ET IMPERFORATIONS

La pathogénie des abouchements anormaux et des imperforations est analogue; dans l'un et l'autre cas, il y a anomalie dans la jonction de la dépression cutanée ou superficielle et des organes profonds.

La différence est toutefois importante au point de vue physiologique, car si l'abouchement anormal gêne la fonction de l'organe malformé, l'imperforation l'empêche, et s'il s'agit du rectum ou de la vessie, est incompatible avec la vie.

A. — ABOUCHEMENTS ANORMAUX

- 1° Fusion recto-vaginale (fig. 126);
- 2° Fusion vagino-rectale (fig. 127);

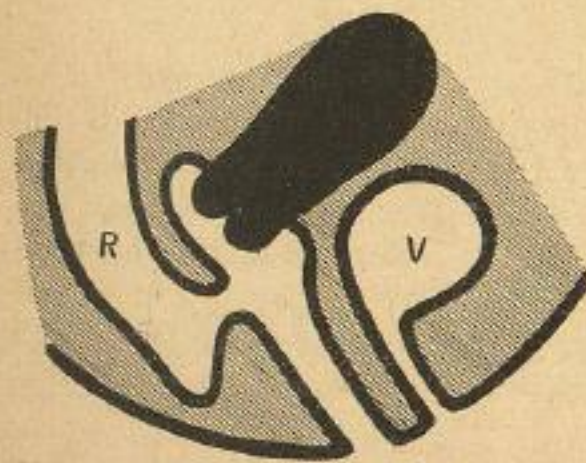


Fig. 126.

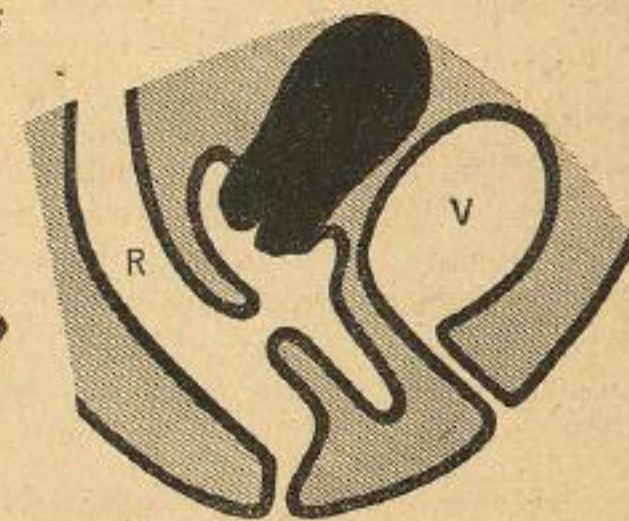


Fig. 127.

R, Rectum. — V, Vessie.

- 3° Fusion vagino-vésicale (fig. 128);
 4° Fusion vagino-recto-vésicale (fig. 129);
 5° Ouverture sus-pubienne du vagin et de l'urètre (fig. 130).



Fig. 128.



Fig. 129.

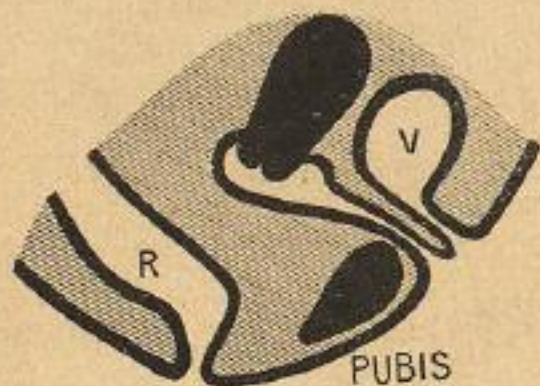


Fig. 130.

Souvent ces vices de conformation coïncident avec ceux d'autres organes entraînant la non-viabilité.

Quand l'individu est viable et qu'il se développe, le gynécologue pourra être conduit à y remédier par des opérations plastiques, mais l'occasion en est tellement rare qu'il est inutile de les décrire ici.

B. — IMPERFORATIONS

L'imperforation de l'anus ou de la vessie est incompatible avec la vie. Quand un enfant vient au monde avec ce vice de conformation il doit donc être opéré de suite, mais c'est le chirurgien qui sera appelé en pareil cas à remédier à cette erreur de développement et non le gynécologue.

Il n'en sera pas de même s'il s'agit d'une imperforation utérine ou vaginale; la femme grandit avec sa malformation et ce n'est souvent qu'à dix-huit ou vingt ans, *parce que les règles n'ont pas encore paru*, que le médecin est invité à donner son avis, et à tenter une opération curatrice.

Quand il y a imperforation du canal génital, le symptôme caractéristique est l'absence totale d'écoulement menstruel; ce symptôme se traduit anatomi-

quement par la *tumeur sanguine* que forme le sang accumulé en amont de l'obstacle.

La distension du vagin s'appelle *hématocolpos*.
 — de l'utérus s'appelle *hématomètre*.

Les trompes elles-mêmes peuvent être soumises à la même influence et donner lieu à l'*hématosalpinx*.

Bref, il y a un *hématome intra-génital*, dont le siège varie suivant les cas.

Les figures ci-jointes vont expliquer les divers aspects cliniques de cette affection :

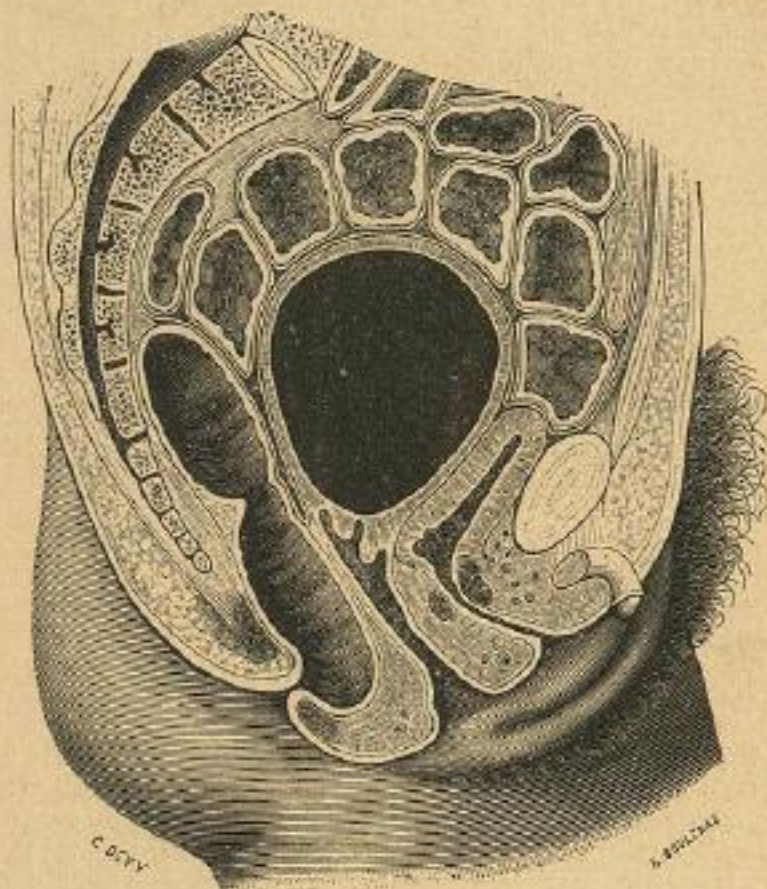


Fig. 131. — Hématomètre.

Figure 131. — Le col étant imperforé, le sang s'accumule dans l'utérus : *hématomètre*. L'imperforation dans ce cas s'explique par l'obstruction même des canaux de Müller sur leur trajet, comme l'urètre, par exemple, peut chez l'homme s'obstruer à la suite d'un rétrécissement d'origine inflammatoire.

Figure 132. — L'imperforation existe à l'union de la vulve et du vagin; la dépression cutanée n'ayant pas rejoint le vagin. Le vagin est distendu par le sang : *hématocolpos*. L'utérus coiffe la tumeur.

Figure 133. — L'utérus peut avoir, dans le même vice de conformation que tout à l'heure, été distendu en même temps que le vagin; il y a alors combinaison d'hématomètre et d'hématocolpos, soit un *hématocolpomètre*.

J'ai déjà signalé l'*hématocolpométrosalpinx*.

Figure 133. — L'hématome peut coïncider avec une autre malformation

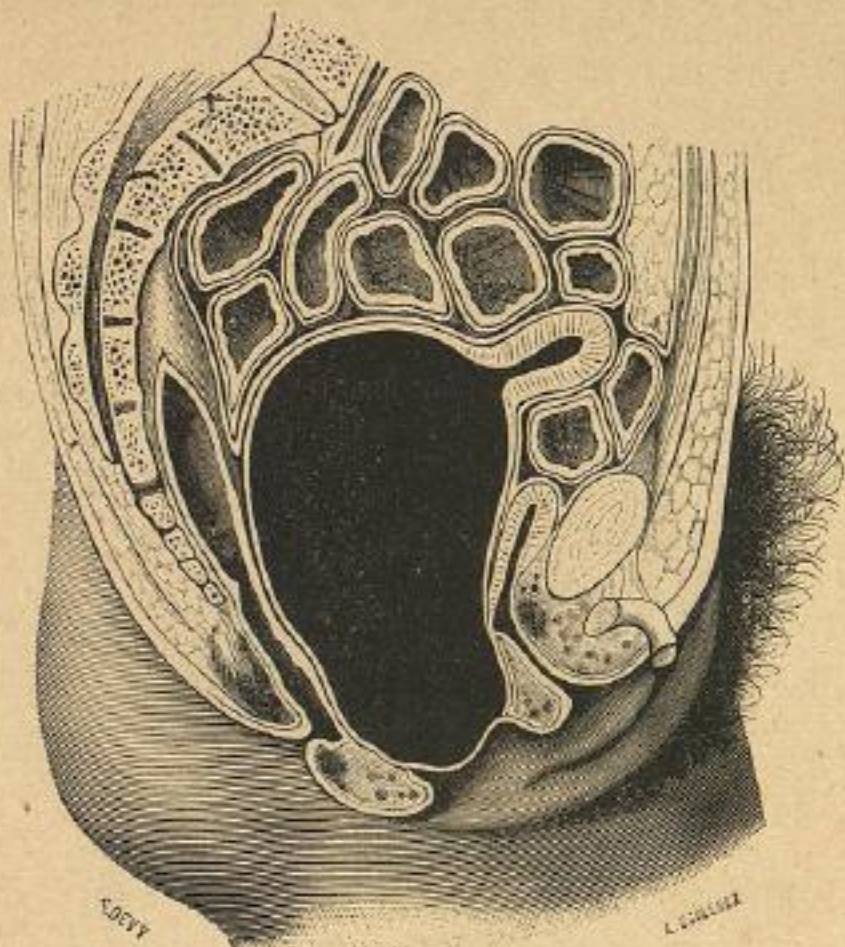


Fig. 132. — Hématocolpos.

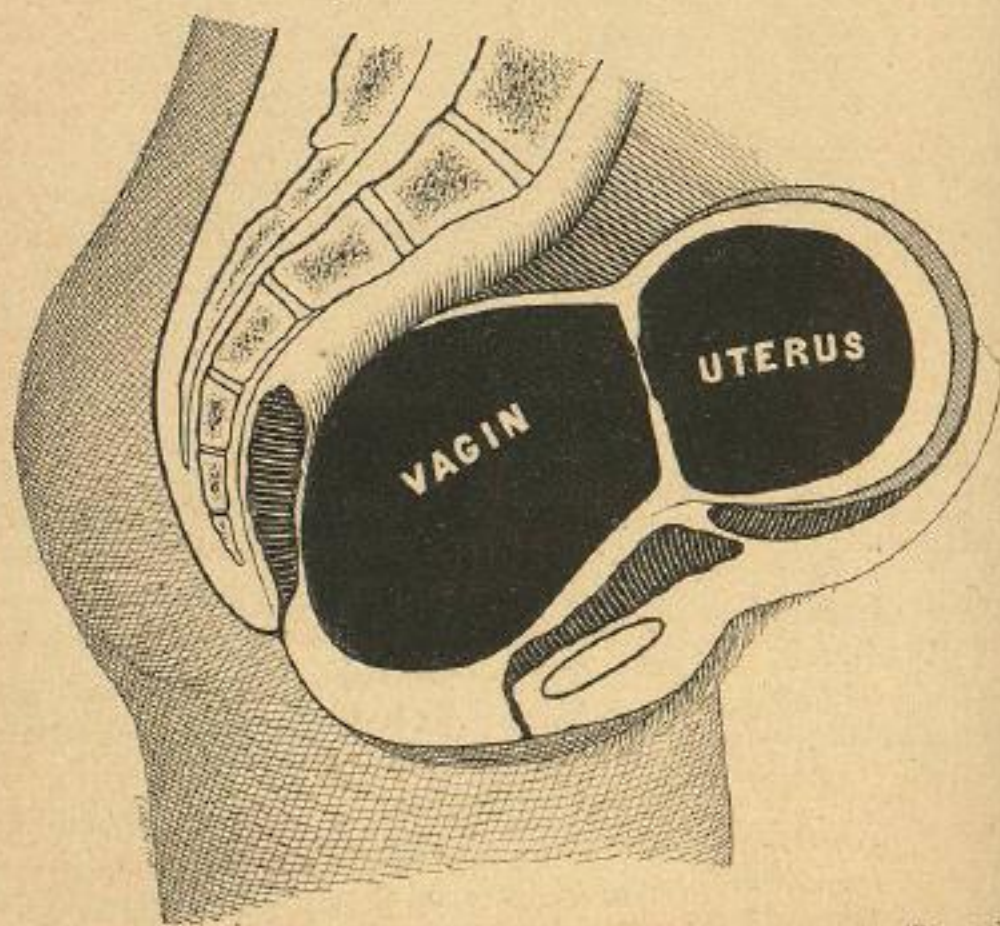


Fig. 133. — Hématocolpos-Hématomètre ou Hématocolpomètre (Barnes).

génitale, c'est ainsi qu'on a signalé l'hématocolpomètre latéral, en cas de bifidité génitale. Le canal de Müller non ouvert au dehors est distendu par le sang.

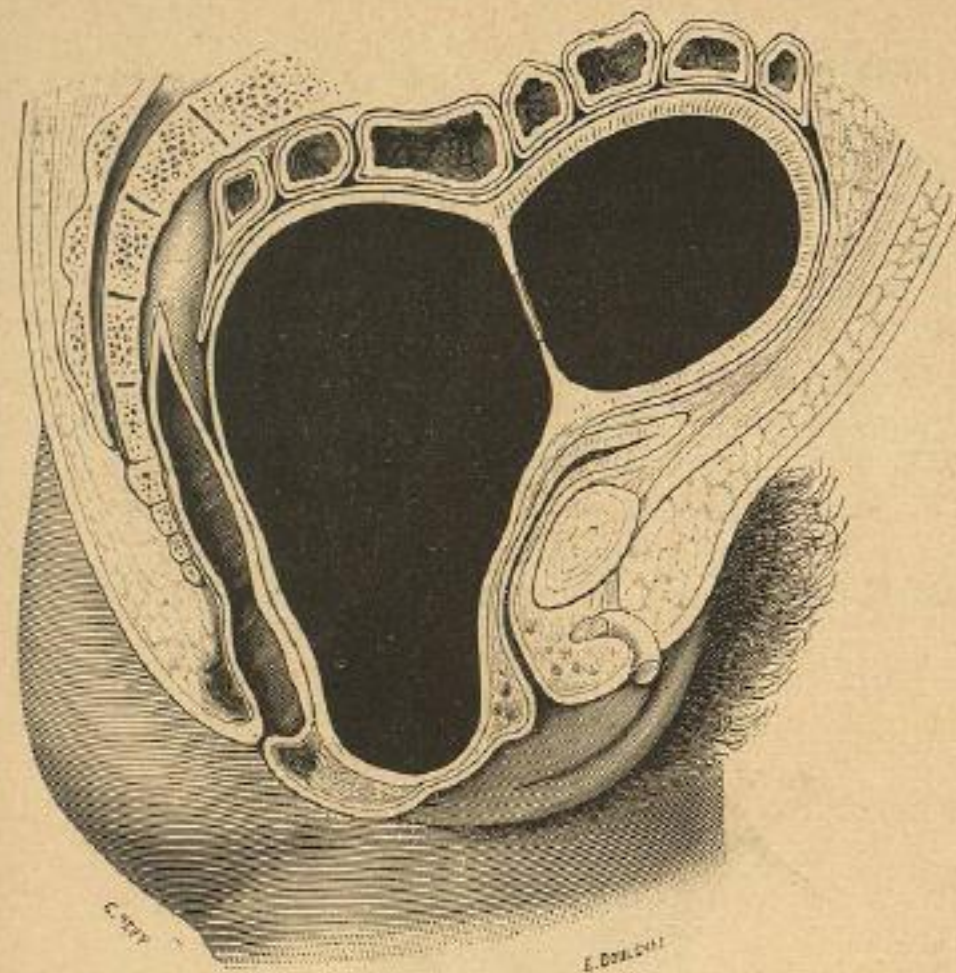


Fig. 134. — Autre variété d'hématocolpomètre, où la tumeur vaginale est plus saillante, plus rapprochée de la peau.

L'indication thérapeutique s'impose formelle : ouvrir le canal génital imperforé et lui donner opératoirement une forme se rapprochant autant que possible de la normale.

Éviter toute ponction exploratrice et toute opération incomplète ; le diagnostic est facile et l'intervention doit être d'emblée hardie et radicale, sans quoi on s'exposera aux accidents de septicémie et de suppuration.

L'opération sera simple, quand le bistouri n'est séparé de la collection sanguine que par l'hymen imperforé. Incision cruciale, évacuation du sang, lavage de la cavité avec une solution antiseptique faible, tamponnement à la gaze iodoformée pendant douze ou vingt-quatre heures.

Si la tumeur vaginale est plus éloignée de l'orifice vulvaire, l'opération croît en difficultés proportionnellement à la distance même de la tumeur. Il faut alors, après avoir introduit un doigt dans le rectum et un cathéter dans l'urètre, se frayer avec le bistouri une voie entre ces deux canaux et arriver ainsi progressivement et prudemment jusqu'à l'hématocolpos. Chemin faisant on pincera, liera, ou brûlera au thermocautère les vaisseaux fournissant du sang, de manière à assurer l'hémostase. Arrivé à la poche, on la saisit avec une pince de Museux, on l'ouvre largement par une incision transversale ; le

sang s'écoule analogue à du chocolat un peu boueux. Si la paroi vaginale est accessible, on fait circulairement passer une série de sutures à la soie, de manière à attirer le vagin aussi près que possible de la vulve. Un grand lavage antiseptique de la cavité de l'hématome, suivi d'un tamponnement à la gaze iodoformée, termine l'opération.

Dans l'hématomètre, après dilatation du vagin par des tamponnements successifs de manière à faciliter l'accès de l'utérus, on abaissera, à l'aide de pinces de Museux, le col autant que la prudence le permettra. Muni d'un fin trocart, on cherchera par l'orifice utérin le chemin le plus direct pour arriver sans sortir du territoire utérin, jusqu'à l'hématomètre. La voie trouvée, on incisera prudemment, en guidant le bistouri sur le trocart. L'ouverture pratiquée, on glissera jusque dans la cavité utérine un drain en croix, dont le bout viendra pendre dans le vagin. L'évacuation sanguine se fera petit à petit par le canal du caoutchouc; le drain sera retiré après quelques jours. Cette façon de traiter l'hématomètre présente une certaine analogie avec la thérapeutique des abcès profonds du petit bassin.

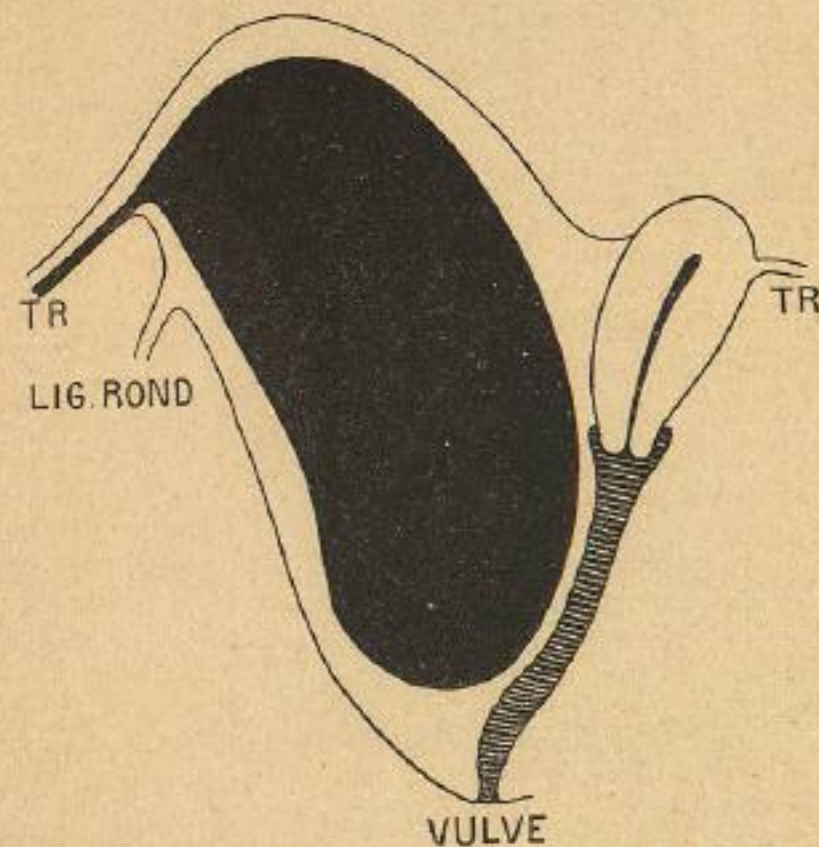


Fig. 135. — Hématocolpomètre latéral (A. Martin).

L'hématocolpomètre latéral sera diversement traité suivant qu'il est facilement ou difficilement accessible par le vagin.

Facilement, on l'ouvrira par une large incision le faisant communiquer avec le vagin.

Difficilement, la laparotomie est préférable, on enlève la tumeur sanguine comme une pyosalpinx.

L'hématosalpinx est une fâcheuse complication de l'hématomètre, car avec la minceur de la paroi tubaire, il y a danger de rupture dans le péritoine, soit spontanément, soit à la suite de l'opération, qui a pour but d'établir la perméabilité du canal génital.

Dans toute opération de ce genre, de même que dans toute exploration, la possibilité de cette rupture doit hanter l'esprit du gynécologue, qui ne pourrait hésiter à faire la laparotomie dans l'une des deux circonstances suivantes :

Soit symptômes brusques d'hémorragie interne, coïncidant avec la disparition de la tumeur constituée par un hématosalpinx.

Soit avec l'anesthésie chloroformique, et alors que les symptômes de l'hémorragie interne peuvent au premier abord passer inaperçus, disparition brusque de la tumeur constituée par l'hématosalpinx, sans qu'il y ait écoulement correspondant de liquide sanguin par les voies naturelles.

Dans l'un et l'autre cas, la laparotomie est l'unique chance de salut pour la malade. On lavera le péritoine, et on enlèvera la trompe rompue.

IV

HERMAPHRODISME

Hermaphrodisme vient du grec *hermaproditos*, personnage de la mythologie qui réunissait les deux sexes et qui était fils d'*Erros*, Mercure, et d'*Aphrodite*, Vénus.

L'hermaphrodisme *complet*, c'est-à-dire permettant à un individu de se reproduire seul et par lui-même, comme cela existe par exemple chez les cestoïdes, est inconnu dans l'espèce humaine.

L'hermaphrodisme *vrai*, caractérisé par la présence chez la même personne d'un testicule et d'un ovaire, sans que pour cela la reproduction unisexuelle soit possible, a été admis par quelques auteurs, et on a pu en réunir dans la science six ou sept cas, mais dont l'observation est incomplète, de telle sorte qu'ils sont discutables.

La démonstration de l'hermaphrodisme vrai reste donc encore à faire.

L'hermaphrodisme *apparent* ou *pseudo-hermaphrodisme* est seul prouvé. Il est constitué par une malformation des organes génitaux, telle qu'un examen superficiel, et même un examen attentif peuvent tromper sur le sexe de l'individu. Un homme est pris pour une femme ou réciproquement.

On devine de suite deux catégories d'hermaphrodites (apparents, les seuls qui existent).

Les *gynandres* : femme ressemblant à homme ;

Les *androgynes* : homme ressemblant à femme.

Un exemple de l'une et l'autre variété nous mettra au courant de la malformation.

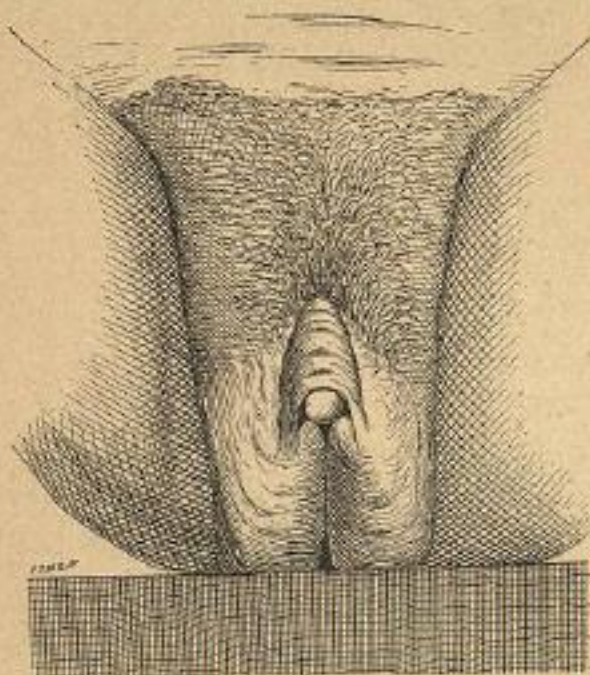


Fig. 136. — Organes génitaux de Madeleine Lefort, vus de face.

A. — GYNANDRIE

Observation de *Marie-Madeleine Lefort*¹ : « Cet individu, examiné une première fois par Bécлар à l'âge de seize ans, succomba en 1866 dans le service de B. Horteloup, à l'Hôtel-Dieu, et le diagnostic du sexe féminin porté par Bécлар pendant sa vie fut pleinement vérifié par l'autopsie. Au-dessous d'un clitoris très développé et creusé inférieurement d'un canal urétral dé-

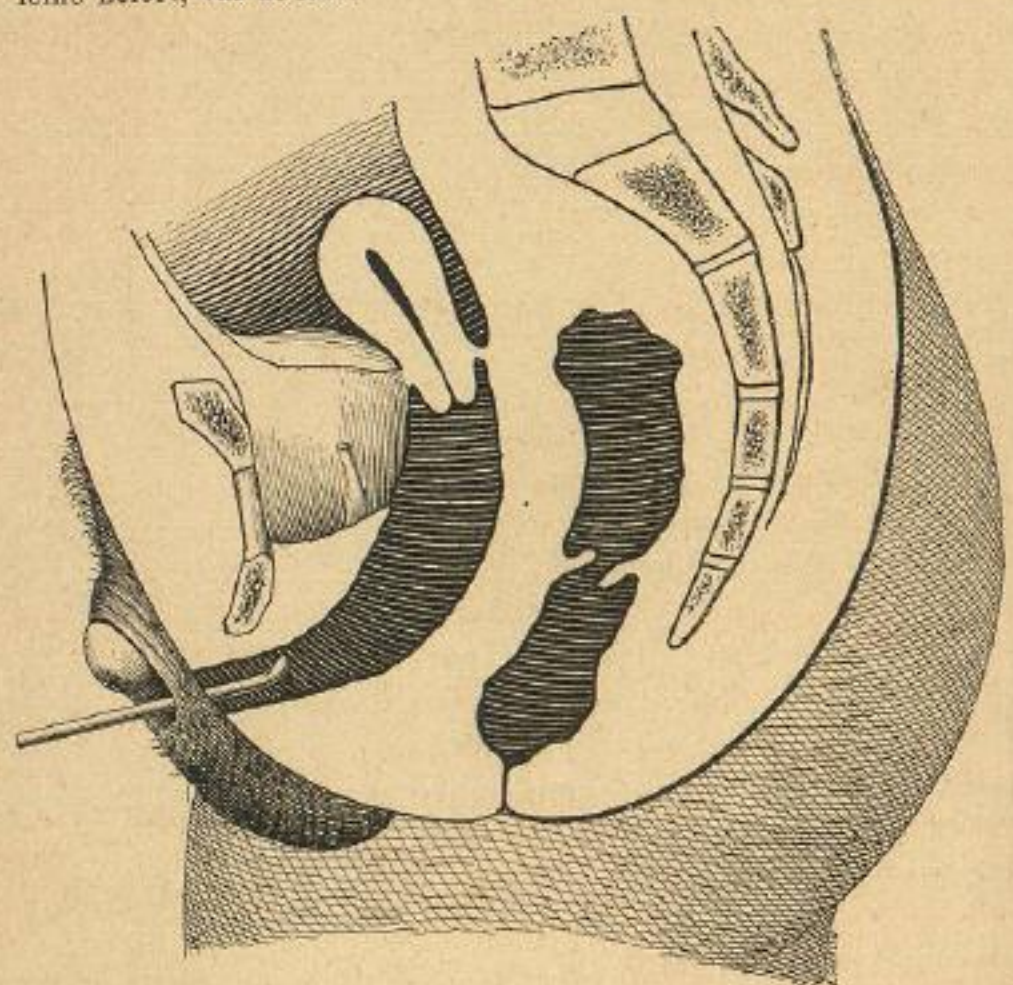


Fig. 137. — Coupe des organes génitaux de Madeleine Lefort.

primé, se trouvait la fente vulvaire : le vagin était remplacé par un étroit

¹ *Dict. Jaccoud. Article Hermaphrodisme, page 501, auquel sont également empruntées les figures 136 et 137.*

conduit de 8 à 10 centimètres, aboutissant à un utérus bien conformé. Les règles apparurent dès l'âge de huit ans, et sortaient par un orifice situé à la racine du clitoris. Marie-Madeleine n'avait du sexe masculin que les caractères secondaires : volume du larynx, voix forte et timbrée, barbe très développée ; l'indifférence sexuelle était presque absolue. »

B. — ANDROGYNIE

Observation de *Julie D...* (homme).

Julie D...¹, âgée de vingt-quatre ans, stature moyenne, système pileux peu développé, aspect féminin des mamelles. Grandes lèvres dans lesquelles se trouvent des testicules ; à droite le testicule descend assez bas et la palpation permet facilement de reconnaître un épiddyme, à gauche il reste au niveau de l'orifice inguinal externe. Le pénis est un peu moins gros que le médius, et mesure 3 centimètres et demi ; il est maintenu inférieurement par la bride habituelle de l'hypospadias ; dans l'érection ce pénis, d'aspect clitoridien, double de volume. La vulve présente un hymen complexe en forme de collerette, derrière lequel se trouve un vagin qui admet facilement l'index, et qui à 7 centimètres se termine en cul-de-sac. Pas trace d'utérus. Le sujet est peu intelligent et il est impossible de savoir s'il a des penchants sexuels pour l'homme ou pour la femme.

Julie D..., n'est autre chose qu'un homme hypospade.

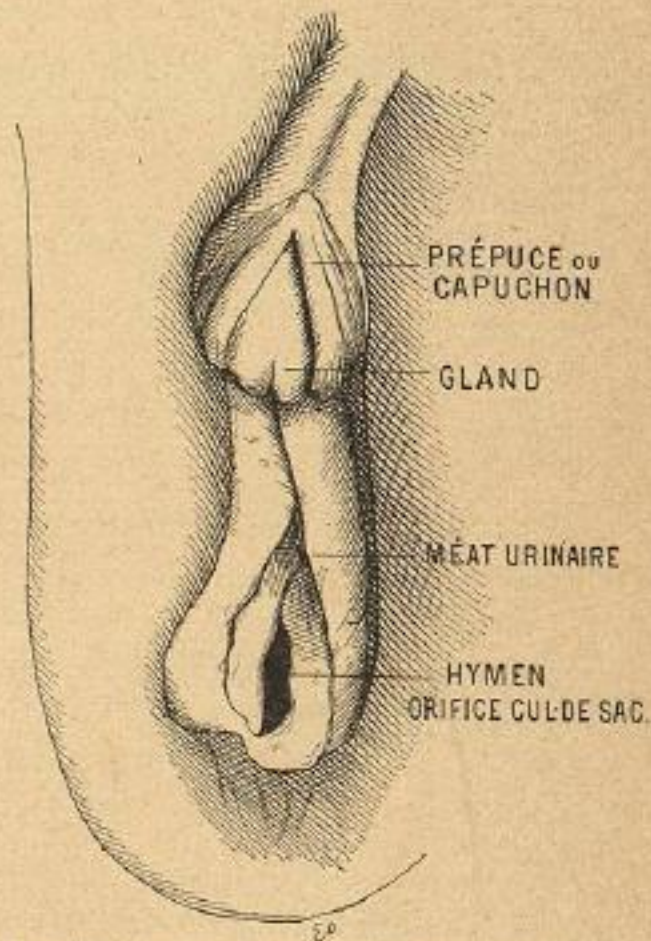


Fig. 138. — Organes génitaux de Julie D. (homme) (Pozzi).

Le diagnostic du sexe dans l'hermaphrodisme est parfois très difficile à porter. Je ne parle ici que des sujets adultes.

Il ne faudra tenir qu'un faible compte de la conformation générale de l'individu (barbe, voix, formes du corps, développement des seins) ; on peut en dire autant des appétits sexuels qui, d'ailleurs, sont souvent affaiblis chez l'hermaphrodite.

Le diagnostic devra être basé sur l'examen même de l'appareil génital.

Il est deux organes sur lesquels on dirigera plus particulièrement l'attention :

Les glandes génitales ;
L'utérus.

¹ Pozzi, *Mémoires de la Société de Biologie*, t. XXXVII, p. 26.

Quand, malgré l'apparence masculine des organes génitaux externes, on trouve un utérus, le sexe ne saurait être douteux, il s'agit d'une femme.

Mais si le vagin est rudimentaire, ou réduit à un simple cordon, qui empêche d'en constater l'existence, on recherchera les *glandes génitales*, testicules ou ovaires.

Si ces glandes sont extérieures, c'est-à-dire peuvent être senties dans les replis cutanés qui existent de chaque côté de la fente génitale et qui sont, suivant le sexe, ou le scrotum ou les grandes lèvres, on conclut plutôt au sexe masculin, sinon au sexe féminin; mais ce ne sont là que de simples présomptions, car avec des glandes non superficielles on peut avoir affaire à un homme cryptorchide, et avec des glandes superficielles, à une femme avec hernie ovarienne dans les grandes lèvres, bien que cette hernie soit très exceptionnellement double.

Souvent dans ces cas douteux, l'autopsie et l'examen microscopique des glandes génitales, qui sont en somme le critérium du sexe, permettront seuls d'établir un diagnostic jusque-là incertain.

V

ÉTATS RUDIMENTAIRES

Vulve, vagin et utérus peuvent se développer d'une façon incomplète; l'état rudimentaire d'un de ces organes est parfois gros de conséquence au point de vue physiologique.

A. — VULVE

- 1° Etat infantile. Vulve en miniature. A vingt ans la vulve a le même développement que chez un enfant de huit à dix ans;
- 2° Absence de petites lèvres, et parfois du capuchon;
- 3° Absence de grandes et petites lèvres, la vulve est plane et se continue insensiblement avec l'orifice vaginal.

B. — VAGIN

- 1° Trop court, gêne le coït;
- 2° Trop étroit, entrave l'accouchement.

C. — UTÉRUS

Le manque de développement peut atteindre *tout l'utérus* ou le *corps* seul. Si tout l'utérus est atrophié, l'organe arrive parfois à être tellement réduit qu'il semble manquer; il n'y a qu'un rudiment de matrice impropre aux fonctions de la génération.

Quand le corps seul est atrophié la configuration générale de l'utérus est assez bien celle qu'on trouve chez l'enfant, où les dimensions du col l'emportent notablement sur celles du corps, d'où la dénomination d'*utérus infantile* (fig. 139).

Dans l'un et l'autre cas, la grossesse est d'ordinaire impossible, car si la fécondation peut avoir lieu, l'œuf ne trouve pas dans cet utérus rudimentaire les conditions voulues pour s'y greffer et s'y développer.

Une fonction pour être normale demande un organe normal.

Cette cause est fréquente parmi celles de la stérilité.

Au point de vue étiologique l'atrophie de l'utérus, qui dans ces dernières temps a été particulièrement étudiée par *Gottschalk*¹, a été divisée en trois catégories :

- Atrophie congénitale;
- Atrophie acquise;
- Atrophie sénile.



Fig. 139.
Utérus infantile
(Schroeder).

L'*atrophie congénitale* résulte d'un vice même de conformation du système génital.

Suivant son degré, elle s'accompagne d'une menstruation incomplète, d'aménorrhée et enfin de stérilité.

L'*atrophie acquise* survient à la suite de causes multiples, telles que certaines formes d'endométrite, les maladies chroniques des ovaires, les exsudats péri-utérins, l'involution puerpérale exagérée, l'allaitement trop prolongé et la galactorrhée pathologique, certaines maladies générales comme la fièvre typhoïde, la scarlatine, le diabète.

Les *symptômes* par lesquels elle se manifeste sont le plus souvent vagues et consistent en céphalalgies, étouffements, palpitations, météorisme intestinal, faiblesse généralisée; localement sensation douloureuse à l'hypogastre leucorrhée, aménorrhée.

A l'examen direct on peut, dans les cas faciles, sentir nettement l'utérus diminué de volume, utérus qui est parfois dévié (le plus souvent en rétroflexion).

L'atrophie peut ne pas se borner à la matrice et s'étendre aux trompes et aux ovaires; ces derniers sont quelquefois sentis dans le cul-de-sac de Douglas, mobiles et pas plus gros qu'une noisette.

Si le vagin participe à l'atrophie, il se rétrécit dans sa partie profonde comme il le fait sous l'influence de la sénilité.

Dans certains cas la paroi vaginale devient sèche; la conséquence en est une sensation de prurit et de cuisson fort pénible.

¹ *Wolkmann's Klinische Vorträge*, 1892.

A un degré plus avancé les seins s'atrophient aussi et le visage même de la malade prend les caractères d'une sénilité précoce.

Le traitement de l'atrophie acquise de l'utérus sera d'abord et avant tout étiologique; il s'adressera à l'une des causes précédemment énumérées et à laquelle on appliquera une thérapeutique appropriée.

Contre l'atrophie elle-même on emploiera le massage et l'électricité; le massage sera fait suivant les principes habituels, l'électricité sera employée sous forme de courant galvanique, le pôle positif introduit dans le vagin ou, si possible, dans l'utérus à l'aide d'une électrode en charbon (vagin), en platine (utérus); l'autre électrode (terre glaise ou amadou) étant placée sur la paroi abdominale.

Dans certains cas, les scarifications du col répétées une ou deux fois par semaine activent la nutrition utérine et sont d'un heureux secours.

Gottschalk dans les cas d'atrophie où l'aménorrhée constitue le symptôme principal, a employé avec avantage le permanganate de potasse en pilules de 0^{sr},06 à 0^{sr},10 (4 par jour) et la santonine sous forme de pilules également à la dose de 0^{sr},02 par jour.

Il ne faudra pas omettre le traitement général: toniques, hydrothérapie, frictions sèches sur le corps, exercice, stations hydrominérales appropriées.

Qu'il nous suffise de mentionner en terminant l'atrophie sénile, dont l'intérêt est purement théorique.

VI

MALFORMATIONS DIVERSES

A. — ANNEAUX CONGÉNITAUX

Ces anneaux se rencontrent soit au voisinage de l'orifice interne de l'utérus, soit dans le vagin; ils constituent des diaphragmes plus ou moins complets nécessitant parfois l'action du bistouri.

Les canaux de Müller après leur fusion subissent une ampliation d'étendue variable suivant la région génitale.

Supposons sur leur trajet un anneau inextensible, en ce point se formera un diaphragme.

Cette hypothèse peut nous donner une idée sur la pathogénie de cette malformation, sans toutefois l'expliquer complètement, car l'anneau pathogène est une simple supposition.

B. — BRIDES

Des brides présentant les conformations les plus variées sillonnent parfois le vagin en différents sens.

Les unes sont congénitales, les autres acquises et résultent soit de tra-

matismes opératoires accidentels ou obstétricaux, soit de l'action de caustiques énergiques.

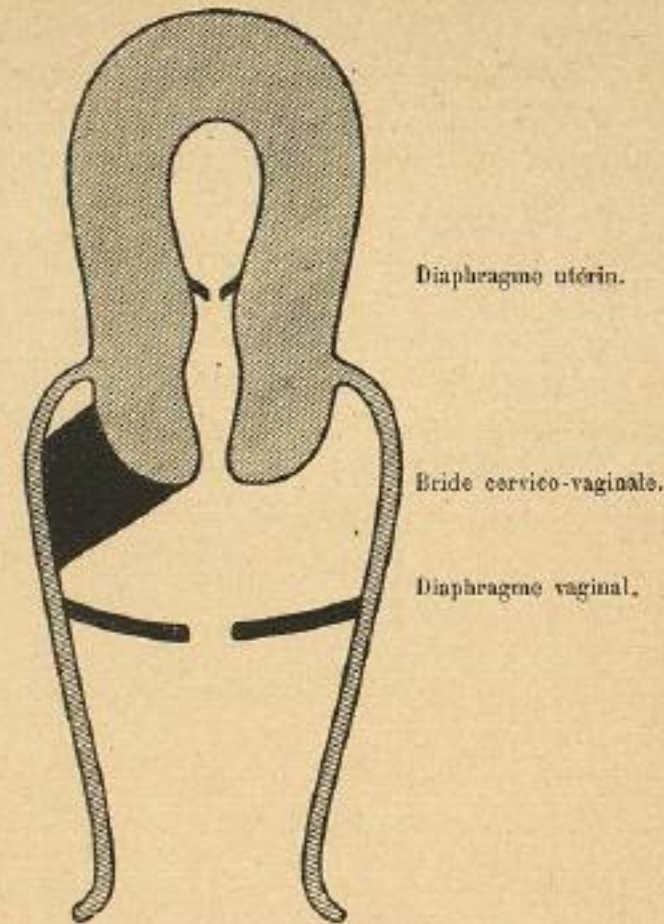


Fig. 140. — Brides et anneaux congénitaux.

Ces brides vaginales sont assez fréquentes au sommet du col à la suite de l'accouchement, et elles immobilisent douloureusement l'utérus, de telle sorte

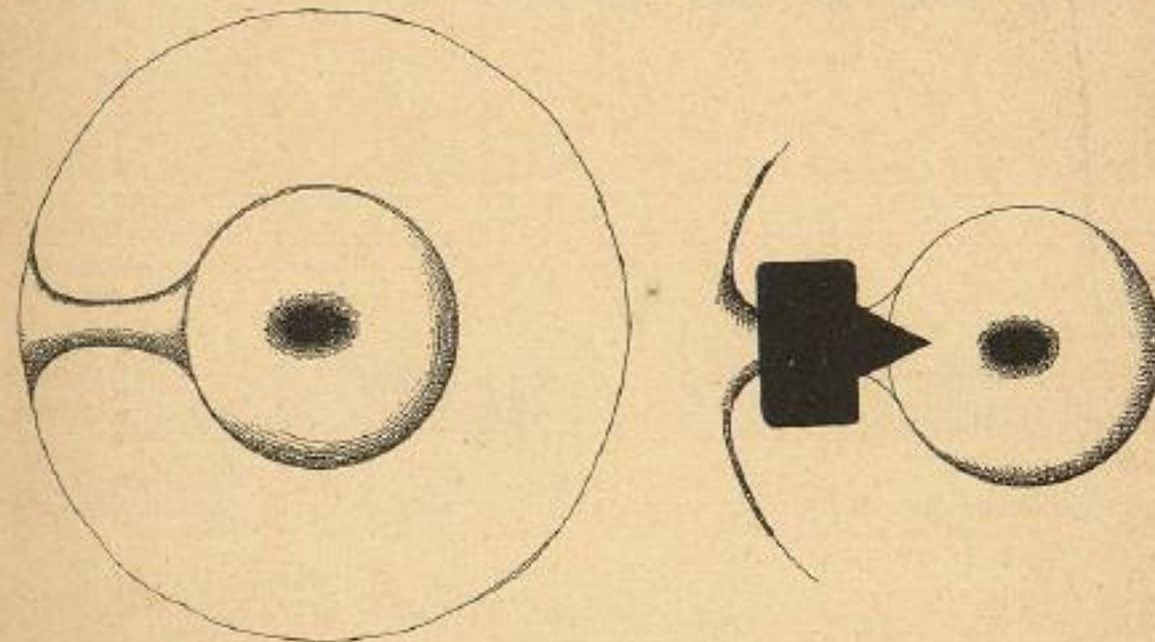


Fig. 141. — Bride cervico-vaginale.

Fig. 142. — Section de la bride.

que tout mouvement imprimé à cet organe, soit par la marche, soit par l'effort, soit par le coït, est la source pour la femme de sensations pénibles.

On peut à l'aide de massages, de pansements fréquents avec de gros tampons distendant le fond du vagin et encore par l'application fréquente et continue du pessaire à air, arriver à relâcher ces brides et à soulager la femme, mais le meilleur traitement consiste à sectionner la bride douloureuse, qu'on opérera en se conformant au manuel opératoire représenté par les figures ci-jointes (fig. 142, 143, 144).

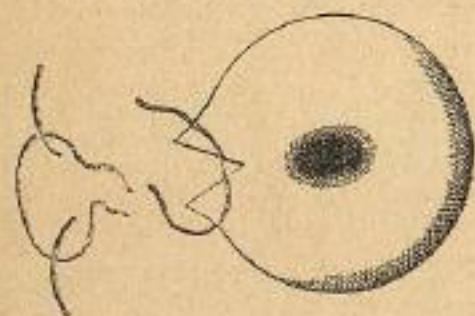


Fig. 143. — Passage des sutures.

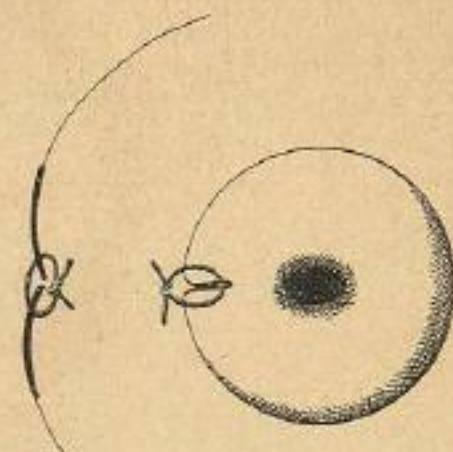


Fig. 144. — Sutures achevées et serrées.

1° Section de la bride, en enlevant un petit cube du tissu cicatriciel, et prolongement de l'avivement vers le col utérin (fig. 142);

2° Ligatures des deux lèvres de la paroi vaginale libérées par cet avivement, et, d'autre part, des deux lèvres de la paroi utérine ainsi que l'indique la figure 143;

3° Alors que les sutures sont serrées, on a le résultat indiqué par la figure 144.

Ces sutures peuvent être faites au catgut, sinon à la soie ou au crin de Florence.

VII

FISTULES

La fistule est un canal pathologique, tantôt *borgne* et n'ayant par conséquent qu'une ouverture; tantôt complet et faisant communiquer deux organes voisins. Je n'ai ici en vue que celles qui aboutissent au canal génital.

Comme l'indiquent les figures 145 et 146, les diverses fistules possibles sont les suivantes :

Fig. 145.	{	Vagino.	{	Vésicales ou urétrales.
			{	Rectales ou anales.
Fig. 146.	{	Utéro.	{	Vésicales.
			{	Rectales.
		Vagino.	{	Entériques } très rares.
			{	Urétrales }

Si la communication existe entre l'intestin et le canal génital, gaz et matières fécales s'échappent par le vagin et la vulve.

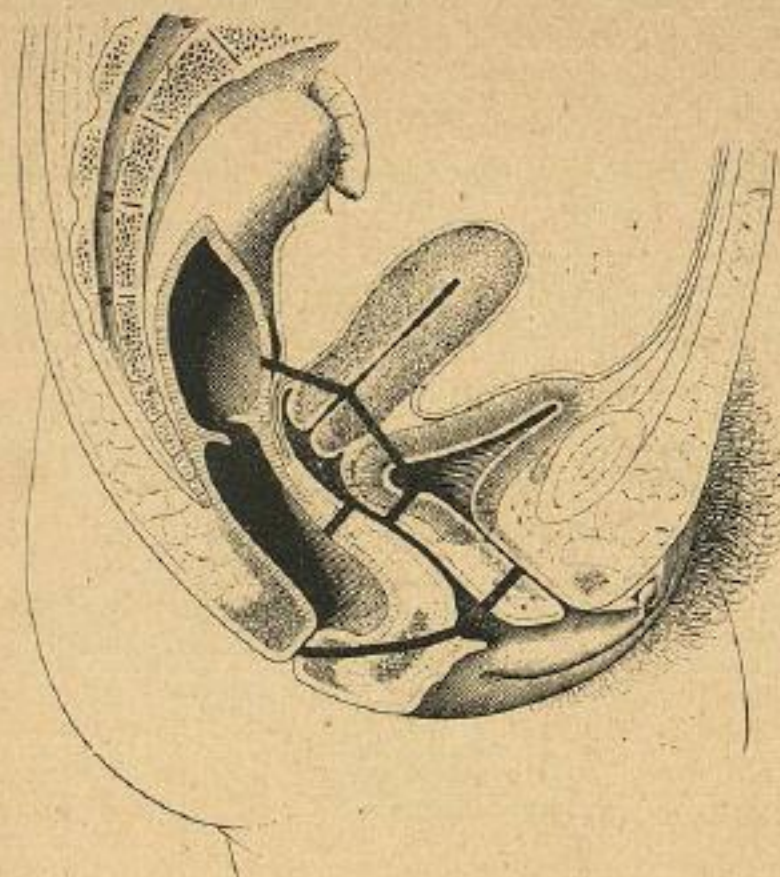


Fig. 145. — Fistules génitales.

Si la fistule est urinaire, c'est l'urine qui s'écoule par la même voie. L'écoulement a lieu goutte à goutte et continuellement quand l'ouverture existe au

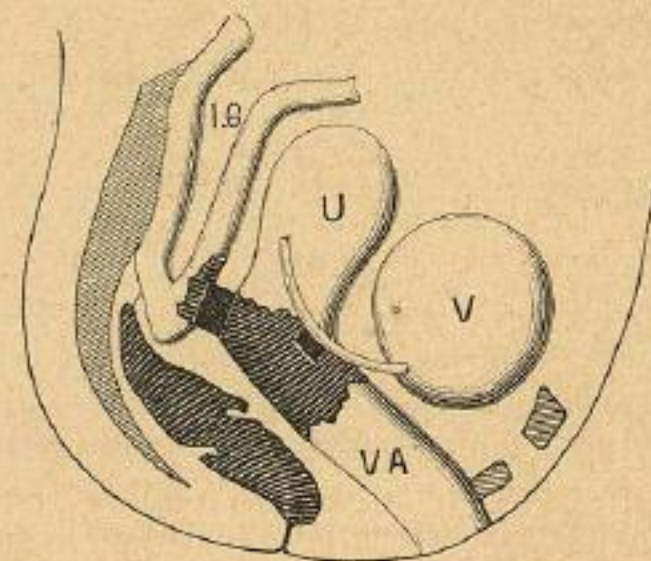


Fig. 146. — Fistules génitales (vagino-intestinales et vagino-urétériennes).

IG, intestin grêle. — U, utérus. — V, vessie. — VA, vagin.

niveau de l'uretère et de la vessie, au moment de la miction seulement quand la fistule est urétrale.