

Eicholz¹ a récemment rapporté le cas intéressant d'un fibrome caveurieux siégeant au niveau de la grande lèvre gauche, dont l'aspect était inégal et variqueux (fig. 195). L'extirpation fut pratiquée avec succès.

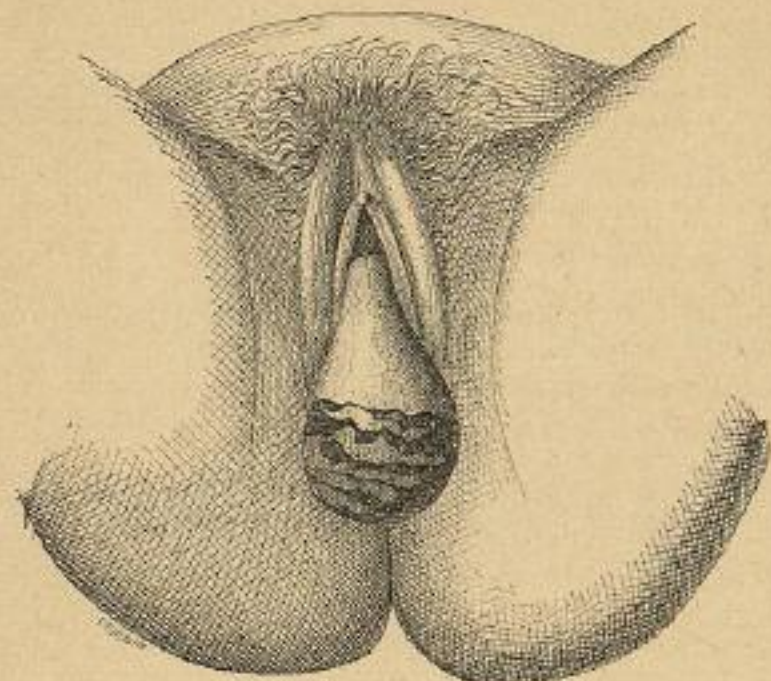


Fig. 196. — Fibrome du vagin proéminent à la vulve (Mac Clintock).

Le diagnostic de ces tumeurs se fait facilement à un examen attentif. Quant au traitement, il est essentiellement chirurgical et consiste dans l'ablation.

43. CANCER

Le cancer vulvo-vaginal est tantôt primitif, tantôt secondaire. Toutes les formes histologiques ont pu y être observées, toutefois l'épithélioma est de beaucoup la plus fréquente. Le cancer secondaire succède le plus ordinairement à celui de l'utérus; le néoplasme envahit de proche en proche, descendant le vagin et venant s'épanouir à la vulve.

Le cancer primitif tantôt succède au psoriasis, tantôt débute d'emblée par une nodosité qui grossit progressivement, bientôt s'ulcère, prenant à partir de ce moment tantôt la forme ulcéreuse (pl. IX, fig. 1) qui creuse de plus en plus les tissus, tantôt la forme végétante (pl. IX, fig. 2), l'ulcération est cachée par un bourgeonnement actif.

Ce sont les deux formes cliniques qu'on rencontre également au col utérin. Le traitement sera simplement palliatif dans le cancer secondaire; on se contentera d'injections désinfectantes et désodorantes, et de pansements pulvérulents. — Dans le cancer primitif, quand la tumeur est circonscrite et peut être enlevée en totalité, l'ablation au bistouri sera indiquée.

¹ Frauenartz. Décembre 1892.

V

TRAUMATISMES

SOMMAIRE

Variétés.

Traumatismes non obstétricaux.
Traumatismes obstétricaux.

Résultats et inconvénients.

Déchirure centrale,
Déchirure :
— simple ou périnéale.
— compliquée ou périnéo-anale.

Traitement. Périnéographie.

Moment de choix.
Procédé de choix.
1. Déchirure centrale.
2. Déchirure compliquée.
Méthode de Simon.
3. Déchirure simple.
Méthode de Simon.
Méthode de Lawson-Tait.

En dehors de l'accouchement les traumatismes génitaux résultent du coït ou d'accidents.

Le vagin, quand il reçoit pour la première fois un membre viril relativement trop volumineux et trop impétueux, peut se rompre de préférence au niveau du cul-de-sac postérieur; une hémorragie ou une inflammation bénigne, parfois grave, en est la conséquence; il a déjà été question de la rupture de l'hymen et de la déchirure de l'orifice vulvo-vaginal, qui limitées constituent le phénomène normal de la défloration.

Les exemples de trauma vulvo-vaginal important, à la suite du coït, sont relativement rares, mais à cause même de cette rareté, il est intéressant de savoir dans quelles circonstances se produisent ces traumatismes et sous quel aspect ils se présentent.

J'emprunte à M. Chevallereau¹ l'analyse des principaux cas connus :

1° Cas de Sinaisky (*Russkia meditzina*, 1889, p. 711, n° 46), jeune mariée qui eut une douleur vive et une hémorragie abondante au premier coït; à l'examen pratiqué quelque temps après on trouvait une déchirure de la commissure postérieure de la vulve, qui communiquait directement avec le rectum au-dessus du sphincter de l'anus.

2° Cas d'Albert (*Manuel de médecine légale d'Hoffmann*) relatif à une jeune

¹ France médicale, 1892, p. 599.

Arabe de onze ans chez laquelle les premiers rapports avec son mari, un solide gaillard de seize ans, amenèrent la rupture de la commissure postérieure et du cul-de-sac du vagin, mettant ce dernier en communication avec la cavité abdominale.

3° Le cas de Toulmouche, rupture du périnée chez une jeune fille de vingt-cinq ans, violée.

4° Le cas de Zeiss (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 8, 1886), déchirure de la cloison vaginale pendant le coït, la femme appuyée sur les coudes et sur les genoux et cela six semaines après un accouchement au forceps.

5° Le cas de Chadwick (*Boston medical and surgical journal*, 30 avril 1883), rupture du vagin chez une femme nullipare de quarante-huit ans.

6° Le cas d'A. G. Masalitinoff (*London medical Record*, mai 1886, p. 214), rupture du périnée chez une juive faible et chlorotique, âgée de vingt-quatre ans, la lésion se produisit alors qu'elle pratiquait pour la première fois le coït avec son mari, un individu athlétique et alors en état d'ébriété.

7° Un second cas de Masalitinoff (*id.*), fistule vésico-vaginale survenue chez une Géorgienne de vingt-quatre ans, pratiquant pour la première fois le coït avec son mari.

8° Le cas d'Afanasy N. Boiakovsky (*Vratch*, n° 46 et 47, 1886, p. 821), rupture du périnée et fistule vulvo-rectale chez une paysanne de dix-sept ans, qui avait les organes génitaux externes situés très bas et la fente vulvaire anormalement courte (la distance entre l'orifice urétral et la commissure postérieure n'était que de 2 centimètres), il y avait un profond cul-de-sac en arrière du vestibule, l'arc du pubis était étroit et ne formait qu'un angle de 62° au lieu de 90 à 100° comme à l'habitude; l'inclinaison du pubis était, anormale, 40° au lieu de 60°. Le mari était un solide paysan de vingt-quatre ans, avec une verge volumineuse. Le premier coït fut excessivement douloureux; dès le lendemain matin, des gaz à odeur fécaloïde et le troisième jour des matières fécales s'échappèrent des organes génitaux de la femme. La fistule fut fermée par le professeur G. E. Rein, trois ans après.

9° Un cas de W. A. Esipoff (*London medical Record*, mai 1886, p. 214), rupture de l'urètre pendant le coït chez une jeune femme de dix-neuf ans, avec imperforation de l'hymen. Deux litres de sang se trouvaient enfermés dans le vagin et dans la matrice.

10° Le cas de J. Price (*Am. Obst. Gaz.*, mai 1886), fistule vulvo-rectale occasionnée par un coït chez une femme de vingt-deux ans.

11° Le cas de Dugner (*Vratch*, n° 47, p. 843, 1886), rupture du périnée et du vagin pendant le premier coït avec un mari dont le pénis était volumineux et qui vit sa femme d'une manière très brutale.

12° Le cas de Blumenthal (cité par Price, *id.*), fistule vulvo-rectale opérée par Spencer-Wells en 1860.

13 et 14° Les cas de Diemerbroeck (*Anatomia corporis humani*, cité par Boiakovsky, *id.*), rupture du vagin chez deux jeunes Hollandaises nouvellement mariées, et qui toutes deux moururent d'hémorragie.

15° Le cas de Liman (*Manuel d'Hoffmann*), rupture du périnée.

16 et 17° Aux cas qui précèdent on pourrait joindre un cas analogue d'Him-

melfarb (*Cent. f. gyn.*, 1890, p. 395) et un autre de Frank (*Wiener k. Woch.* 1889, n° 50).

Les autres traumatismes non obstétricaux susceptibles de blesser les organes génitaux sont nombreux, on a signalé l'empalement, un coup de corne de taureau, de chèvre, l'introduction de corps étrangers, etc.

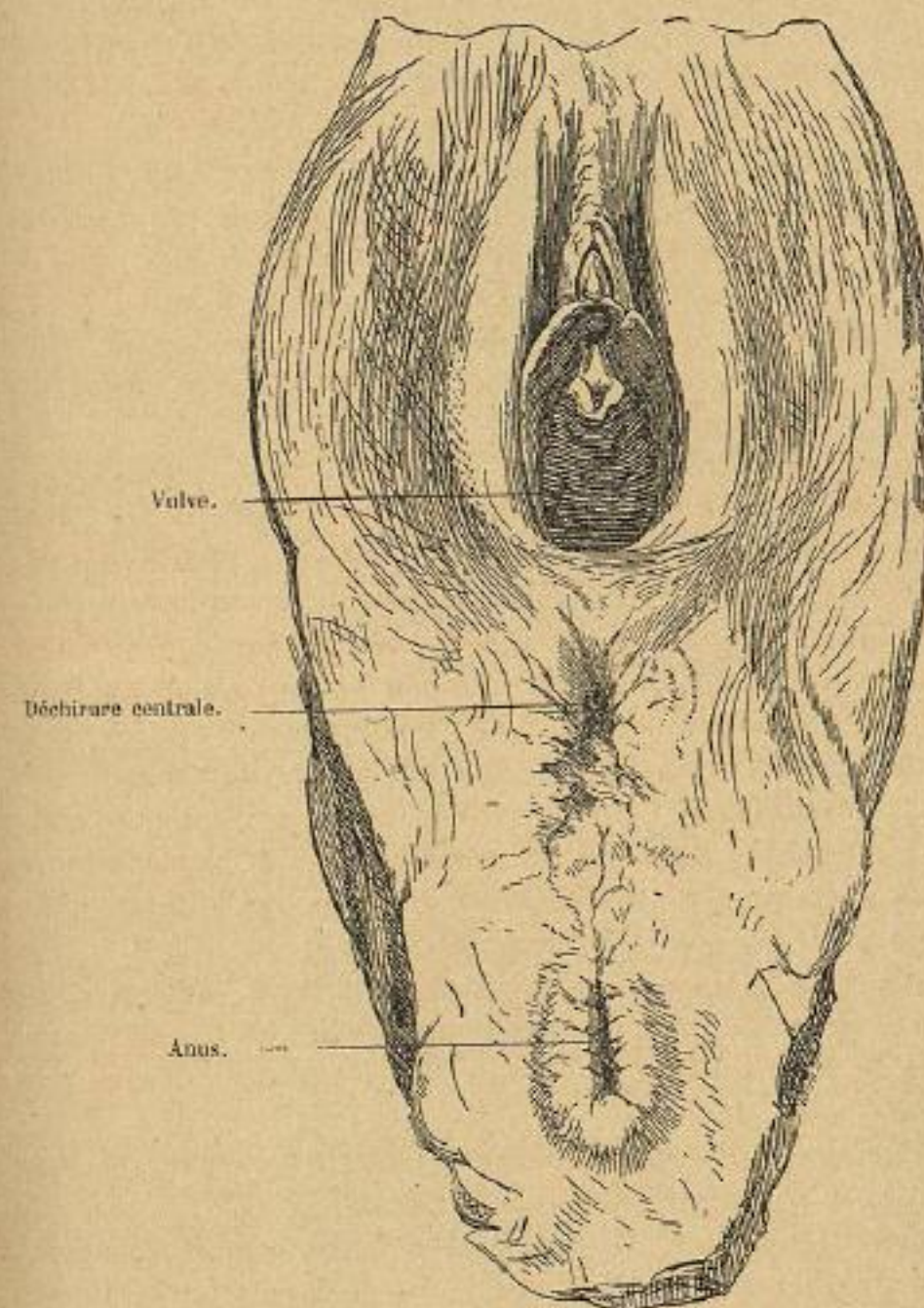


Fig. 197. — Déchirure centrale du périnée (J.-Y. Simpson).

Ces divers traumatismes seront traités comme toute blessure, alors que leur degré est suffisant pour nécessiter l'assistance médicale.

L'hémostase sera faite par la forcipressure, la compression par le tamponnement, ou à l'aide de sutures.

Les complications seront traitées selon leur nature.

J'arrive aux *traumatismes obstétricaux*, qui nous intéressent ici spécialement par leurs conséquences éloignées.

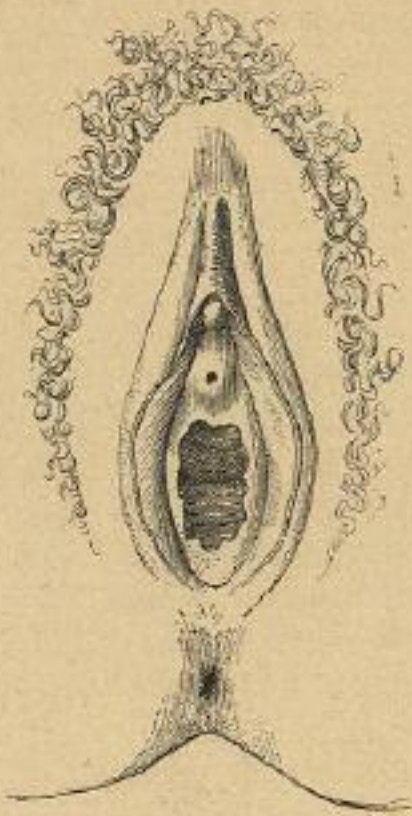


Fig. 198. — Périnée intact.



Fig. 199. — Déchirure simple.

Quand la partie fœtale, généralement la tête, va franchir la vulve, si les tissus ne présentent pas une souplesse suffisante, une déchirure plus ou moins étendue du périnée se produit.



Fig. 200. — Déchirure compliquée.

Exceptionnellement la déchirure pourra être *centrale* (fig. 197), c'est-à-dire que le périnée éclatera en son milieu comme une étoffe trop tendue et le fœtus s'échappera au dehors par cette boutonnière.

Le plus souvent la déchirure est *marginale*, commençant à la fourchette, elle se dirige vers l'anus qu'elle peut entamer.

Si l'anus avec son sphincter est intact, on dit la déchirure *simple* ou *incomplète* ou *périnéale* (fig. 199).

Si au contraire, il est entamé, la déchirure est *compliquée* ou *complète* ou *périnéo-anale* (fig. 200). Dans ce dernier cas, la solution de continuité peut remonter plus ou moins loin sur la paroi recto-vaginale.

La déchirure simple a un double inconvénient : celui d'exposer au prolapsus vagino-utérin, car les organes situés en arrière de l'orifice vulvo-vaginal n'ont plus leur soutien normal à ce niveau — puis celui d'ouvrir aux éléments pathogènes l'entrée du vagin dont l'occlusion n'existe plus ; une inflammation peut en résulter, de même qu'une conjonctivite se produit, quand les paupières ne sont plus capables d'arriver à l'occlusion complète.

La déchirure compliquée ou périnéo-anale, outre les deux inconvénients qui précèdent et qui sont ici exagérés, en a encore un troisième, l'incontinence des matières fécales, qui est due à la destruction du sphincter anal.

On voit d'après ces inconvénients, combien il est important de remédier à la déchirure du périnée ; le traitement est exclusivement chirurgical.

L'opération destinée à réparer le périnée s'appelle

Périnéoraphie.

Une femme vient d'accoucher, elle a le périnée déchiré, la périnéoraphie est indiquée ; deux questions se posent.

A quel moment faut-il faire la périnéoraphie, et par quel procédé ? Question de temps et de procédé.

Ces deux questions sont encore très embrouillées et l'étudiant qui, par ses lectures, cherche à se faire une opinion à leur égard est réellement à plaindre, car il semble que les auteurs se contredisent à plaisir.

A quel moment faut-il opérer ? De suite après la délivrance, dira l'accoucheur ; quelques semaines ou quelques mois après, soutiendra le chirurgien, chacun jugeant d'après sa propre expérience, qui se base sur des éléments différents.

Les chiffres suivants donneront une idée des principales opinions émises sur le meilleur moment auquel la périnéoraphie peut être pratiquée :

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Immédiatement | La plupart des accoucheurs. |
| 2. 3 jours après | Viardel. |
| 3. 8 jours après | Nélaton. |
| 4. 15 jours après | Maisonneuve. |
| 5. Après le retour de couches | Velpeau. |
| 6. De 6 semaines à 6 mois. | La plupart des chirurgiens. |
| 7. A 6 mois | Verneuil. |

Comment faut-il opérer ? Les procédés de périnéoraphie sont innombrables,

beaucoup d'ailleurs sont bons; chaque opérateur a voulu attacher son nom à une modification nouvelle; le mode d'avivement, le mode de placement des sutures, le matériel même des sutures ont été variés à l'infini.

Aussi est-il impossible, et d'ailleurs parfaitement inutile, de faire l'exposé complet de ces deux questions; je me bornerai à exposer ma pratique, libre à chacun de l'accepter ou de la modifier à son gré.

1. MOMENT DE CHOIX

Toutes les fois qu'après l'accouchement, il y a une déchirure du périnée, centrale ou marginale, de plus de 2 centimètres, il faut faire la périnéoraphie immédiate, même quand les lésions sont très étendues.

Le seul inconvénient que puisse présenter la périnéoraphie en pareil cas est de ne pas réussir, d'autre part on obtient quelquefois la réunion immédiate, alors qu'elle semblait devoir échouer.

En tout cas comme la tentative est inoffensive, je ne vois aucun motif sérieux pour la rejeter.

Pour la périnéoraphie immédiate, employer le même procédé que pour la tardive, l'avivement seul est inutile, car les tissus venant d'être déchirés, sont naturellement avivés.

Si la périnéoraphie a échoué ou si pour une raison quelconque elle n'a pas été faite, la périnéoraphie tardive pourra être tentée aussitôt que l'inflammation locale, résultant du traumatisme, aura disparu, ordinairement après le retour de couches, c'est-à-dire six semaines environ après l'accouchement, ou à un moment ultérieur quelconque.

Choisir autant que possible les huit jours qui suivent l'écoulement menstruel, afin d'éviter l'apparition du sang pendant la cicatrisation de la plaie opératoire.

A côté de la périnéoraphie *tardive* et de l'*immédiate*, pour ainsi dire entre elles deux, il convient de placer la *périnéoraphie secondaire*¹.

Les deux cas suivants de Dyhrenfurth expliqueront cette méthode :

Dans le *premier cas* on avait suturé le périnée de suite après l'accouchement, mais une éruption scarlatineuse étant survenue, la réunion ne se fit pas, il y eut nécrose des bords de la plaie. Le dixième jour après l'accouchement alors que la surface mortifiée de la plaie était complètement éliminée, on fit de nouvelles sutures avec des fils d'argent; les fils furent enlevés après quelques jours au moment où ils menaçaient de couper, la réunion complète des deux bords de la plaie fut obtenue.

Dans le *second cas*, le septième jour après l'accouchement, les premières sutures n'ayant pas amené la réunion, l'auteur plaça de secondes sutures, après avoir bien saupoudré les surfaces avec de la poudre d'iodoforme; de même que dans le premier cas, on obtint la réunion.

Dans aucun des deux cas il n'y eut d'élévation de température le résultat définitif fut bon, car après la cicatrisation on eut un périnée large de 2 centimètres environ, qui constituait un soutien solide pour les parois vaginales.

¹ Dyhrenfurth. — *Cent. f. Gynak.* 1882, n° 20, p. 306.

Cette méthode ne pourra être employée que d'une façon exceptionnelle, mais quand la périnéoraphie immédiate a échoué, on ne court aucun risque à la tenter.

2. PROCÉDÉ DE CHOIX

a. DÉCHIRURE CENTRALE. — Sectionner la bride qui sépare de l'orifice vulvaire; aviver soigneusement le trajet fistuleux, et suturer comme dans une périnéoraphie simple. Conduite ultérieure, la même que dans cette dernière opération.

b. DÉCHIRURE COMPLIQUÉE (procédé de Simon-Hegar). — La malade sera énergiquement purgée l'avant-veille de l'opération, et de nouveau purgée légèrement la veille; douze heures avant l'intervention, pilule d'extrait thébaïque de 0,05 centigr. Antisepsie de la vulve et du vagin suivant le procédé ordinaire, lavage abondant du rectum avec une solution d'acide borique à 4 p. 100.

La malade étant endormie et placée en position vulvaire, une valve assez large sera appliquée à la partie supérieure de la vulve, et une plus étroite dans l'anus; l'une et l'autre seront tenues par un aide.

Irrigation continue.

L'avivement sera fait comme l'indique la figure 201 en forme de papillon; on soignera particulièrement cet avivement à l'angle supérieur de la cloison recto-vaginale déchirée.

L'avivement terminé et bien égalisé aux ciseaux, on placera les sutures à la soie et au catgut.

La figure 202 représente schématiquement la façon dont les sutures doivent être placées.

1° *Suture continue au catgut ou à la soie* pour réunir d'un côté à l'autre la paroi recto-anale.

2° *Suture interrompue au crin de Florence*, du côté du vagin, comprenant les tissus jusqu'au niveau de la suture au catgut.

3° *Suture interrompue au crin de Florence*, tout le long du périnée, s'enfonçant vers la partie moyenne à 3 centimètres, et les autres devenant plus superficielles à mesure qu'on s'approche de la fourchette ou de l'anus.

Pansement du vagin et du périnée à la gaze iodoformée. Introduction d'un tube en caoutchouc dans l'anus, pour permettre aux gaz de s'échapper sans effort.

Dans le cas où la déchirure remonte au-dessus de l'anus et atteint la

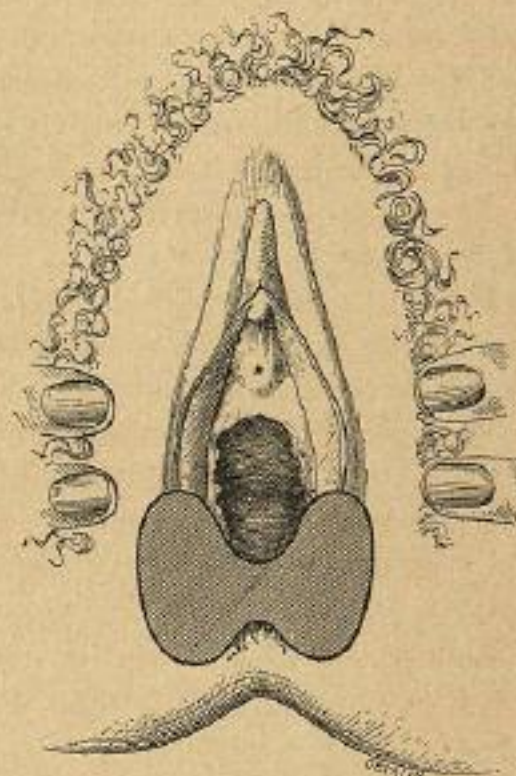


Fig. 201. — Avivement de la périnéoraphie pour déchirure compliquée.

cloison recto-vaginale au lieu de procéder à l'avivement en dénudant la partie superficielle du lambeau, on obtiendra un meilleur résultat en opérant de la façon suivante :

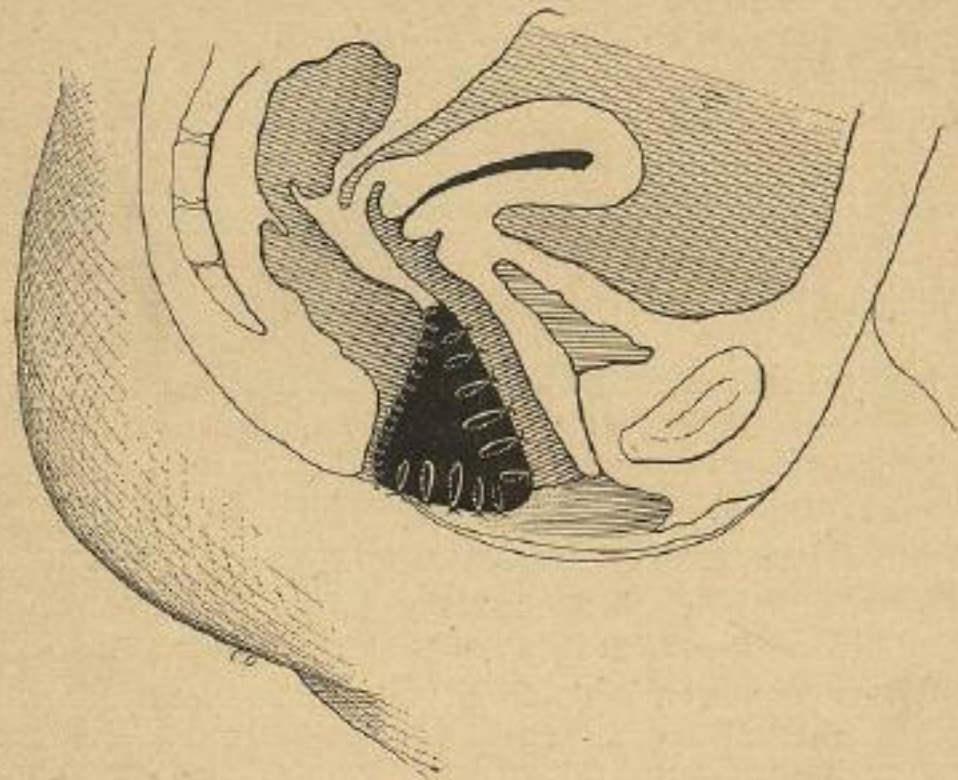


Fig. 202. — Placement des sutures dans la périnéoraphie pour déchirure compliquée.

1° Dédoublément au bistouri de la cloison recto-vaginale séparant ainsi la paroi vaginale de la paroi rectale (fig. 203-204);

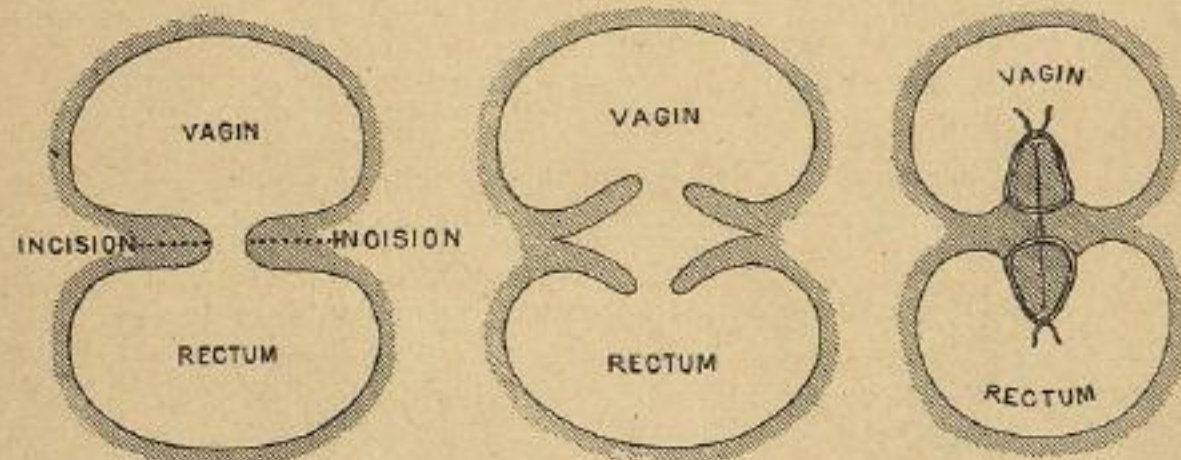


Fig. 203. — Incision recto-vaginale. Fig. 204. — Dédoublément de la paroi recto-vaginale. Fig. 205. — Suture isolée des paroi rectale et vaginale.

2° Suture de la paroi rectale d'un côté à celles du côté opposé, en plaçant en contact les deux surfaces à vif. Cette suture se fait en surjet et au catgut ou à la soie (fig. 205);

3° Suture de la paroi vaginale d'un côté à celle du côté opposé en se conformant au même procédé que tout à l'heure, mais en employant le crin de Florence avec points interrompus (fig. 205).

Soins consécutifs : Cathétérisme vésical 2 à 3 fois par vingt-quatre heures. Alimentation exclusive au lait.

Tous les soirs une pilule d'extrait thébaïque de 0,05 centigr.

Le neuvième jour purgation, accompagnée d'un lavement glycéro-sucré. Ce lavement serait donné plus tôt si la malade éprouvait le besoin d'aller à la selle.

Le dixième jour, on enlève les fils périnéaux.

Le quinzième jour, les fils vaginaux, en soulevant la paroi vaginale supérieure à l'aide d'un spéculum de Sims. A ce moment reprise de l'alimentation ordinaire.

Lever le vingtième jour.

Quarantaine sexuelle au moins pendant deux mois.

c. DÉCHIRURE SIMPLE (procédés de Simon et de Lawson-Tait). — J'emploie à peu près indifféremment les procédés de *Simon* et de *Lawson-Tait*, préférant celui de *Simon* quand la partie inférieure de l'orifice vulvaire est irrégulière, cicatricielle, et celui de *Lawson-Tait* dans le cas contraire ou quand le plancher périnéal est peu résistant.

Les précautions *ante* et *post*-opératoires sont les mêmes que celles qui viennent d'être indiquées pour la déchirure compliquée, bien qu'ici leur importance soit moindre.

1° PROCÉDÉ DE SIMON

Anesthésie locale à la cocaïne ou mieux générale au chloroforme.

Irrigation continue.

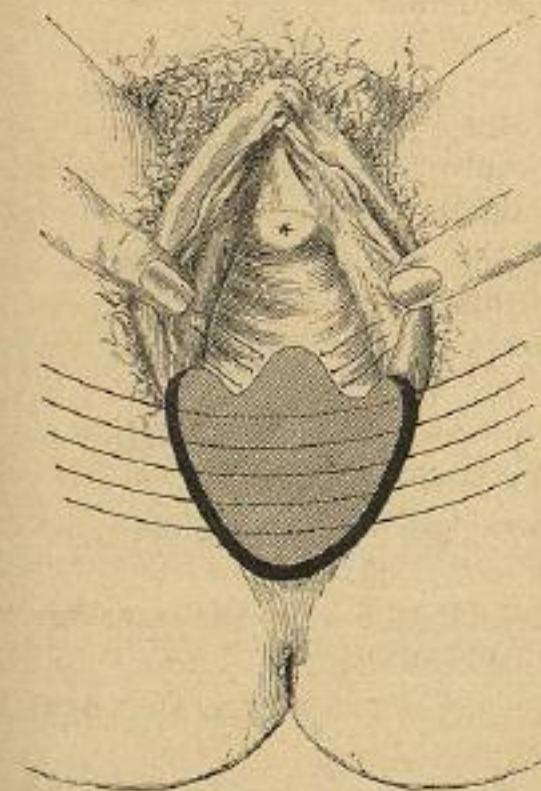


Fig. 206. — Périnéoraphie pour déchirure simple (procédé de Simon), avivement et passage des sutures.



Fig. 207. — (Procédé Lawson-Tait.) Avivement, ligne *abcd*.

À l'avivement en *as de pique renversé* comme l'indique la figure 206.

Sutures exclusivement à la soie ou au crin de Florence, les unes vaginales, les autres périnéales, comprenant toute l'épaisseur des tissus avivés, et placées ainsi que l'indique la figure 206.

Ablation des fils périnéaux du sixième au dixième jour, aussitôt que les fils commencent à couper les tissus et des fils vaginaux le quinzième.

2^e PROCÉDÉ DE LAWSON-TAIT

Avivement au bistouri¹ suivant la direction indiquée par la figure 207. Cet avivement, fait perpendiculairement à la surface périnéale, aura de 3 à 6 centimètres de profondeur sur la ligne médiane, et ira en diminuant petit à petit jusqu'aux confins de l'incision.

Suture interrompue à la soie ou au crin de Florence, réunissant les tissus transversalement, allant successivement de bas en haut (fig. 208 et 209). Une suture tous les centimètres environ.



Fig. 208. — Passage des sutures.

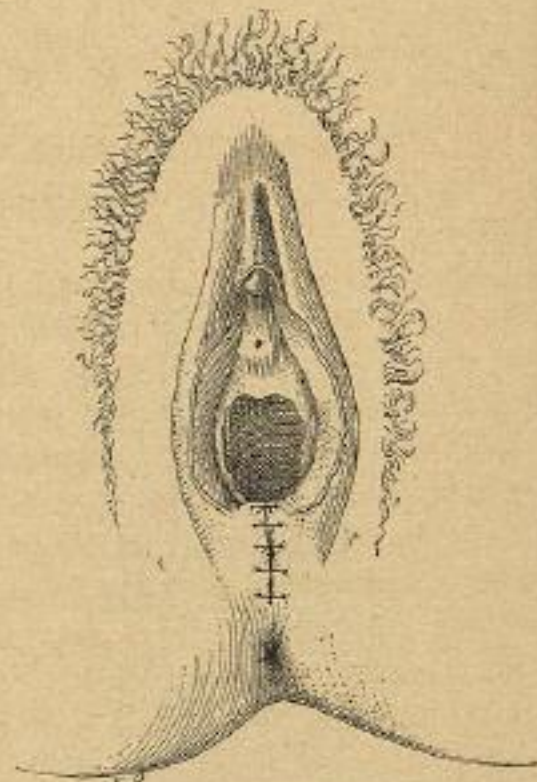


Fig. 209. — Sutures serrées.

Les tissus, comme on le voit, ont été divisés par une plaie transversale, qu'on transforme grâce aux sutures en plaie verticale.

On augmente donc la longueur du périnée (d'anus à vulve) au détriment de sa largeur (d'un ischion à l'autre).

On enlèvera les sutures vers le dixième jour, à moins que les tissus n'aient tendance à être coupés, auquel cas on les détacherait plus tôt.

¹ Je préfère le bistouri aux ciseaux, bien que Lawson-Tait emploie ces derniers.

VI

PARASITES, NÉVRALGIES, PRURIT

PARASITES

Les parasites rencontrés au niveau des organes génitaux sont nombreux, mais leur importance est secondaire, je me contente de les mentionner : *Trichomonas vaginalis*; — *oïdium albicans*; — oxyures; — sarcines; — champignons du diabète; — *leptomitosis vaginalis*; — *pediculi pubis*; — *acarus de la gale*; — *leptothrix vaginalis*.

NÉVRALGIES

Les névralgies vulvo-vaginales se traduisent par de l'*hypéresthésie* ou du *prurit*.

L'*hypéresthésie* vulvo-vaginale est parfois telle que le contact du doigt et à plus forte raison celui d'un instrument est excessivement pénible à la femme.

Cette hypéresthésie se rencontre souvent chez les hystériques, et phénomène assez particulier, qu'il m'a été donné d'observer chez quelques nerveuses, l'hypéresthésie qui existe parfois très vive à l'examen est nulle au point de vue pathologique pendant le coït; il semble que dans ces cas l'excitation sexuelle fasse disparaître la sensibilité douloureuse de la zone génitale pour ne laisser que la sensibilité voluptueuse.

Cette hypéresthésie peut être tantôt symptomatique et dépendre d'une maladie génitale ou d'un système plus éloigné, tantôt idiopathique, c'est-à-dire se montrant dans un organe sain.

Dans le premier cas on traitera la cause, dans le second on aura recours soit aux applications d'une solution cocaïnée à $\frac{1}{10}$, soit à l'électricité galvanique ou faradique.

Nous retrouverons cette sensibilité anormale à l'étude du *vaginisme*, qui sera faite en détails au chapitre réservé à la stérilité.

La seconde manifestation des névralgies génitales est le *prurit*.

PRURIT

Le prurit génital est une démangeaison désagréable et parfois insupportable que la femme éprouve au niveau de la vulve.

La sensation est comparée à une brûlure, à un fourmillement, à une reptation, à un chatouillement douloureux.

Le prurit est rarement continu, il se montre le plus souvent par accès. Il est quelquefois assez violent pour rendre la vie intolérable, et plonger la femme dans un véritable état de mélancolie.

A l'examen de la vulve, on ne trouve aucune lésion appréciable, cependant le frottement et le grattage, causés par l'affection même, parsèment la vulve d'excoorations, de telle sorte que les téguments s'enflamment et se durcissent petit à petit.

Ce prurit, qui est parfois un effet de l'onanisme, peut également en être la cause par les frottements qu'il provoque.

La grossesse le produit assez souvent, probablement par l'intermédiaire des modifications circulatoires qu'elle amène, car le prurit cesse avec la délivrance.

Au point de vue étiologique le prurit a été divisé en deux catégories.

SYMPTOMATIQUE, d'une affection génitale, de la présence de parasites, de la grossesse dont il vient d'être question, du diabète par l'intermédiaire des champignons contenus dans l'urine.

IDIOPATHIQUE, c'est-à-dire ne pouvant être rattaché à aucune cause appréciable, sinon à une névralgie.

Traitement. — *Prurit symptomatique.* — Faire disparaître la maladie causale. S'il s'agit de la grossesse, attendre l'accouchement et prescrire des lotions avec de la cocaïne à $\frac{1}{10}$, ou des lavages avec de l'eau à 50 degrés.

Prurit idiopathique. — Applications cocaïnées. Electricité faradique ou galvanique. Burns et Simpson ont essayé la section du nerf honteux interne. — Kustner¹ dans les cas de prurit local, a conseillé et pratiqué avec succès la résection de la muqueuse, source des sensations pénibles. — Le traitement général par l'hydrothérapie et le bromure de potassium ne devra pas être négligé.

¹ Cent. f. Gynäk, 14, III, 1885.

CHAPITRE V

GÉNITALITE

INFLAMMATION UTÉRINE ET PÉRIUTÉRINE

MÉTRITE — SALPINGITE — OVARITE
 PELVI-CELLULITE — PELVI-PÉRITONITE