Les ***atrésies vaginales*** (1), quel que soit leur siège, s'opposent au fur et à mesure de leur développement à l'écoulement des sécrétions utérines et à l'évacuation des contenus vésical et rectal. D'un autre côté elles mettent obstacle aux fonctions génitales. Certes les troubles de la fonction sexuelle ne sont pas aussi sérieux qu'on pourrait le croire en présence de ces sténoses, car les parois du vagin sont tellement dilatables que, dans le cas de rétrécissement permanent et même d'atrésie, ce conduit sera toujours représenté par un réceptacle copulateur qui empêche même la découverte de l'oblitération du vagin. On pourra donc laisser les choses en état tant qu'il ne se produira pas d'accidents de rétention et de troubles sympathiques du côté de la vessie et de l'intestin.

Dans tous les cas que j'ai observés jusqu'ici, on put toujours mettre en évidence l'existence du trajet vaginal, quoique bien souvent l'ouverture fût extrêmement petite. Cette ouverture permit d'entreprendre la ***section de la région coarctée***. Comme il y a toujours à craindre de léser la vessie ou le rectum, on fait généralement une ***discision*** bilatérale; le bistouri entame par conséquent le tissu conjonctif lâche situé sur les côtés du vagin. L'hémorragie peut être très abondante; pour l'arrêter, on aura recours à la suture. On suturera également les surfaces saignantes créées par l'opération; car les plaies vaginales de ce genre ont toutes une tendance remarquable à une prompte guérison et à des rétractions cicatricielles considérables. On ne peut s'opposer à ces dernières avec quelque certitude qu'en faisant la réunion de telle sorte que la cicatrice consécutive ne puisse pas reproduire le rétrécissement. Il vaut bien mieux encore exciser complètement toute la masse sténosée, l'anneau cicatriciel inextensible tout entier avec le voisinage, pour réunir ensuite entre elles, d'une façon appropriée, les lèvres saines de la perte de substance.

Dans l'atrésie à peu près complète, analogue à l'atrésie congénitale, les difficultés qu'offre la discision sont extraordinaires. Le voisinage de la vessie et du rectum exige la plus grande prudence. L'intervention elle-même rencontre des obstacles d'autant plus

(1) V. Breisky, *Mal. du vagin*, 1886, p. 58.

considérables que le rétrécissement est situé plus profondément dans un vagin peu large et que l'hémorragie survient facilement. Dans ces cas, la section portera transversalement sur la paroi vaginale oblitérante et sera dès le début le plus considérable possible; puis, à l'aide de sutures profondes appliquées dans le voisinage, on empêchera non seulement la perte de sang et le déplacement des bords de la plaie au cours de l'opération, mais on pourra continuer à se frayer un chemin vers la profondeur à travers la fente béante obtenue par l'application de ces sutures. Je ne regarde pas comme très heureux le conseil d'achever la discision avec des instruments mousses, avec le manche du bistouri, par exemple, car à cette profondeur le maniement du scalpel n'est pas facile. Il est préférable de tendre les surfaces à l'aide de pinces à mors et d'inciser dans la région située entre ces instruments. En cas de nécessité, lorsque derrière l'atrésie, par exemple, il existe une collection sanguine, j'ouvre la poche de rétention, après avoir incisé la cicatrice, soit avec un trocart, soit avec un instrument mousse tel que la sonde, et ce, en perforant la partie inaccessible à la main opérante et en élargissant l'ouverture à ses deux extrémités à l'aide d'un bistouri boutonné.

Dans ces cas également il faut redouter la rétraction cicatricielle. On l'évitera en excisant le tissu inodulaire aussi complètement que possible, et en réunissant entre elles les lèvres supérieure et inférieure de la paroi vaginale.

D'après *Heppner* (*St-Petersb. med. Woch.* 1872, N° 6, P. 552) on peut, comme l'a fait du reste *B. Credé*, incorporer par la suture à la plaie vaginale un lambeau de tégument externe (*Arch. f. Gyn.*, 1884, XXII, P. 229).

Après toutes ces opérations sur le vagin, on dirigera la cicatrisation de la même façon que pour les affections analogues du rectum, c'est-à-dire à l'aide de l'introduction de bougies. Ces canules sont faites de substances très diverses et ont des calibres variables; elles sont introduites par les femmes elles-mêmes, pendant le bain de siège, et sont laissées en place quelque temps afin d'entraver la tendance sténosique de l'anneau cicatriciel. Enfin les rapports sexuels ont une grande influence dans ces cas.

II — Tumeurs malignes

On insistait longuement jadis sur la rareté des tumeurs malignes du vagin ; les observations de carcinomes vaginaux primitifs relatées depuis montrent que cette rareté n'est qué relative. Ces carcinomes se présentent sous les formes les plus diverses : tantôt ce sont de petites nodosités disséminées sur la surface du vagin, tantôt des ulcérations plus ou moins étendues, à base fortement indurée, tantôt enfin des tumeurs développées dans la paroi et oblitérant le conduit. A une période plus avancée la dégénérescence peut envahir circulairement tout un segment du canal, et le néoplasme siéger ainsi sur une plus ou moins grande longueur du vagin. Ou bien le processus pathologique se localise sur l'une ou l'autre des parois et s'étend en profondeur vers le plancher du bassin.

C'est de ces ***carcinomes primitifs*** (1) seuls que je traiterai ici, et non de ces cas où les culs-de-sac du vagin sont atteints en même temps que l'utérus, et qui doivent être rangés dans la série des affections utérines de nature maligne.

L'étiologie des carcinomes du vagin est encore obscure ; elle peut cependant être différente de celle des carcinomes utérins, parce que dans le vagin il n'existe ni cet épithélium cylindrique qui prédispose au développement de néoplasmes, ni cette richesse en appareils glandulaires qui joue un rôle si considérable dans les affections malignes de la matrice. Le carcinome primitif est relativement fréquent chez les femmes jeunes, (1/12 des cas connus a trait à des personnes au-dessous de vingt ans). Mes propres chiffres (2) — j'ai continué depuis à collationner des observations — me donnent une proportion d'environ 1 sur 1.000.

Les ***symptômes*** sont si peu prononcés que les malheureuses atteintes de tumeurs de ce genre ne découvrent leur mal que par hasard ; d'autres fois le cancer se manifeste par de violentes douleurs s'irradiant au loin et par des sécrétions profuses, fétides,

(1) Küstner, *Arch. f. Gyn.* IX, p. 279.
(2) Bruckner, *Zeilschr. f. Geb. u. Gyn.* 1881, VI.

sanguinolentes, quelquefois enfin par un écoulement de sang pur. Lorsque le développement du néoplasme est considérable, on constate de bonne heure des accidents du côté du rectum et de la vessie. Dans quelques cas très remarquables, j'ai vu l'infiltration maligne envahir la voûte vaginale et progresser le long de l'utérus. Dans un autre, je dus évacuer une grande poche située dans le ligament large, à côté d'un utérus intact.

Le ***diagnostic*** doit être établi à l'aide de l'examen microscopique, à moins que la destruction des tissus, leur infiltration et les écoulements ne laissent plus subsister aucun doute sur la nature de l'affection.

Quant au ***traitement***, il n'aura quelques chances de succès que si le cancer a été reconnu et l'intervention pratiquée à une période très proche du début (1). Dans ces cas, il faudra toujours exciser les tissus malades avec une portion aussi étendue que possible des tissus sains environnants, et rechercher avant tout une destruction complète de la base d'implantation de la tumeur. Je circonscris avec un couteau une étendue aussi grande que possible des tissus à extirper, je sépare la région malade du tissu vaginal avoisinant, et je mine la base de la tumeur en partie avec le bistouri et les ciseaux, en partie avec le bout du doigt, jusqu'à ce que tout soit détaché et enlevé. La suture de la perte de substance peut rencontrer de grandes difficultés, en raison de la proximité des organes voisins ; la réunion devient plus difficile encore lorsqu'il s'agit de l'ablation d'un cancer de la voûte. Quels que fussent les obstacles, j'ai toujours passé mon fil sous toute la surface saignante et obtenu ainsi un affrontement exact des lèvres correspondantes de la plaie. Dans ces dernières années, après avoir posé mes sutures profondes, je saupoudrais ma plaie, avant de la fermer, avec de la poudre d'iodoforme. Les résultats ont toujours été étonnamment favorables quant à la réunion par première intention ; la guérison avait lieu sans aucun accident, et la rapidité de la cicatrisation était telle qu'au bout de huit à dix jours, au moment de l'enlèvement des fils de suture, on pouvait considérer la perte de substance si profonde comme complètement réparée. Je n'ai

(1) Voir Hegar et Kaltenbach, 3e éd., p. 782.

jamais observé de phénomènes d'intoxication par l'iodoforme; aussi puis-je recommander l'emploi de cette substance dans le traitement d'une plaie dont la guérison est exposée à plus d'un danger, de par le tiraillement des tissus, le contact permanent avec l'urine, et la tendance si accentuée des sécrétions vaginales à la décomposition.

Le *pronostic* des carcinomes du vagin, quelque favorable que soit la marche de la cicatrisation après l'intervention chirurgicale, est très sombre, du moins d'après mes documents personnels. Toutes mes malades ont été atteintes de récidives, et cependant je suis persuadé d'avoir opéré, tout au moins dans la majorité des cas, dans des tissus sains.

E. — Néoplasmes de l'utérus

I. — Myômes. Fibromes

Une étude d'ensemble des myômes et des fibromes utérins me semble désirable, en raison non seulement de l'analogie de leurs symptômes cliniques, mais encore du peu de différence qui les sépare au point de vue anatomo-pathologique. On n'a observé qu'exceptionnellement des tumeurs intéressant exclusivement le tissu musculaire lisse; celles-ci sont en tout cas extrêmement rares; de même les fibromes présentent le plus souvent dans leur masse des éléments musculaires, ceux-ci fussent-ils clairsemés. Leur marche est identique; les symptômes se ressemblent et les deux variétés de tumeurs à une certaine période de leur développement, exigent un traitement à peu près pareil.

Tout récemment on a essayé d'expliquer *l'étiologie* de ces néoplasmes (1) à l'aide de matériaux accumulés en grand nombre, sans cependant arriver à des conclusions utilisables au point de vue pratique. Il paraît que les myômes peuvent se développer de très bonne heure dans l'utérus; il y a même des auteurs qui en considèrent les germes comme congénitaux. Quoiqu'il en soit, la plupart de ces tumeurs n'occasionnent d'accidents sérieux que dans l'âge mûr, par conséquent après la trentième année.

Les myômes sont fréquents, dit-on, surtout chez certaines races, par exemple chez les nègres. En Allemagne, il semble qu'ils atteignent plutôt les femmes des classes élevées que celles d'un niveau social inférieur qui ont à combattre pour la vie et chez lesquelles on rencontre plus souvent le cancer (2).

Le mariage n'a pas d'influence manifeste sur le développement

(1) Winckel, *Volkmann's Sammlung kl. Vorträge*, 98. — Engelmann, *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* I, p. 130.
(2) Schröder, *Handbuch*. VI, p. 218.