

leucorrhée; plus grandes, elles provoquent des hémorrhagies<sup>1</sup> et des phénomènes de **compression**, spécialement du côté de la vessie; on a noté des cas où un corps fibreux du vagin avait été une cause de **dystocie**.

Diagnostic.

Le **diagnostic** ne peut être rendu incertain que par les changements amenés dans la tumeur par l'œdème ou l'ulcération. On pourrait alors croire à un **cancer**. L'étude exacte des connexions permettra de distinguer un polype du vagin d'un **polype de l'utérus**, d'un **prolapsus**, d'une **inversion**.

Traitement.

**Traitement**. — Il consistera dans l'enucléation des tumeurs sessiles et dans la section du pédicule des polypes. On procédera comme il a été indiqué au chap. du **TRAITEMENT DES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS A ÉVOLUTION VAGINALE** (p. 277).

### Cancer primitif du vagin.

Anatomie pathologique.

**Anatomie pathologique**. — Le plus souvent, le cancer du vagin résulte de la propagation d'un cancer du col de l'utérus. Il peut, aussi provenir de l'extension d'un cancer de la vulve. Le cancer primitif est assez rare; A. Martin ne l'a observé qu'une fois sur 5 000 femmes. Il se présente sous trois formes distinctes: 1° la forme végétante ou **papillaire**; 2° la forme infiltrée ou **nodulaire**; l'une et l'autre sont constituées histologiquement par de l'**épithélioma**; 3° le **sarcome**, soit **diffus**, de toute la muqueuse, soit **circonscrit**, et provenant de la dégénérescence d'un corps fibreux.

Étiologie.

**Étiologie**. — Le cancer du vagin se rencontre assez fréquemment dans le jeune âge. On l'observe surtout dans la période moyenne de la vie. Sur 24 cas rassemblés par Küstner<sup>2</sup>, la plupart concernaient des femmes de 30 à 40 ans, deux des femmes entre 15 et 20 ans, et deux entre 20 et 30 ans. Guersant a rapporté le cas d'un cancer de l'entrée du vagin chez une fillette de 3 ans 1/2, et Johannowsky, chez une enfant de 9 ans<sup>3</sup>. Küstner n'a noté l'hérédité qu'une seule fois. Hegar a vu un cancer se produire au niveau d'une ulcération, provoquée par le trop long séjour d'un pessaire. Il est pourtant remarquable que le cancer n'ait été jamais observé au niveau de l'utérus prolapsé et exposé à toutes les causes d'irritation extérieure.

L'**épithélioma de forme papillaire** débute d'ordinaire à la paroi postérieure du vagin, sous l'apparence d'une excroissance à large base

<sup>1</sup> A. DONALD. *Fibroïd tumor of the vagina associated with uterine hemorrhage* (Med. Chronicle, Manchester, 1888, p. 505).

<sup>2</sup> KÜSTNER. *Arch. f. Gyn.*, 1876, Bd. IX, p. 279.

<sup>3</sup> Observations citées par WINCKEL, *loc. cit.*, p. 161.

qui envahit d'abord le cul-de-sac et s'étend ensuite de haut en bas vers la vulve et de bas en haut vers le col. Il prend quelquefois naissance au niveau des plaques de vaginite chronique qu'on a, un peu théoriquement, comparées à la leucoplasie buccale, point de départ du cancroïde de la langue<sup>1</sup>.

L'**épithélioma de forme nodulaire**, ou infiltrée, débute sur une grande étendue, par ilots rapidement confluent qui semblent parfois spécialement localisés autour du canal de l'urèthre, en donnant lieu à un type clinique assez bien défini, le **cancer péri-urétral**. L'ulcération se fait rapidement.

Le **sarcome** présente deux variétés: 1° le **sarcome diffus de la muqueuse**, qui offre cette particularité curieuse d'attaquer parfois de tout petits enfants<sup>2</sup>; 2° le **corps fibreux sarcomateux**, dégénérescence lente et souvent décelée par la seule récurrence d'un fibrome ou d'un polype. On y a rencontré, dans un cas, des fibres musculaires striées<sup>3</sup>. On a observé le sarcome mélanique<sup>4</sup>.

La **marche** du cancer du vagin est généralement rapide, sauf pour la forme fibro-sarcomateuse, qui peut être excessivement lente. La propagation se fait très vite aux parties voisines et aux lymphatiques.

Les **symptômes** rationnels se confondent avec ceux du cancer du col de l'utérus: **écoulement fétide**, **hémorrhagies**, **douleurs**, **compression** du côté de la vessie et du rectum. On n'a guère à tenir compte du **chancre syphilitique**, qui est tout à fait exceptionnel<sup>5</sup>, ni de l'**ulcère rond simple**<sup>6</sup>, lésion rare et mal définie.

Marche.

Symptômes.  
Diagnostic.

<sup>1</sup> RECLUS. *Cancroïde et leucoplasie des muqueuses buccale et vaginale* (Gaz. hebdomadaire de médecine, 1887, p. 420). — PERRIN. *Congr. Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Marseille, 1891.

<sup>2</sup> On connaît maintenant de très nombreux cas de sarcome primitif du vagin chez des enfants de 2 à 5 ans, rapportés par SÄNGER, AHLFELD, SOLTSMANN, HAUSER, BABÈS, GRAENISCHER, SCHUCHARDT, STEINTHAL. — Voir sur ce sujet: GRAENISCHER. *Dissert. inaug.*, Munich, 1880. — SCHUCHARDT. *Congrès gyn. de Halle* (Centr. f. Gyn., 1888, p. 422). — STEINTHAL. *Ueber die primäre Scheidensarkome* (Virchow's Arch., 1888, Bd. CXI, p. 449). — SCHUCHARDT. *Ueber die papillaren Scheidencarcinome kleiner Kinder* (Verhandl. der deutsch. Gesell. f. Gyn., Leipzig, 1888, p. 237).

<sup>3</sup> KASCHWAROWA-RUDNEWA. *Virchow's Arch.*, 1872, Bd. LIV, p. 65. (Observation de la clinique de SEYFERT, à Prague, en 1869, relative à une jeune fille de 15 ans; polype récidivant de la paroi antérieure; mort rapide de cachexie et de tuberculose. La tumeur était un *rhabdomyome myxomateux*.)

<sup>4</sup> PARONA. *Annal. univ. di med. et chir.*, Milan, 1887, p. 241. — Il s'agit d'un sarcome mélanique de la cloison vésico-vaginale, extirpé avec une portion de la vessie. Guérison temporaire.

<sup>5</sup> PRIEUR. *De la syphilis vaginale secondaire*. Thèse de Paris, 1881.

<sup>6</sup> W. ZAHN (Virchow's Arch., 1884, Bd. XCV, p. 388) a décrit, sous ce nom, un ulcère à bords taillés à pic et à fond rouge qu'il a trouvé dans le cul-de-sac postérieur du vagin d'une femme, âgée de 66 ans. Pas d'induration: infiltration du tissu conjonctif par de petites cellules et dégénérescence graisseuse des fibres musculaires: nombreux microcoques. Rétrécissement athéromateux des artères vaginales, oblitération d'une branche se distribuant à la région ulcérée. ZAHN compare cet ulcère par ischémie à certains ulcères

Traitement.

Le traitement n'a que peu de chances d'amener une guérison définitive<sup>1</sup>, mais il faut essayer d'enrayer la marche du mal. On ne tentera l'extirpation que s'il est possible d'enlever tout le néoplasme<sup>2</sup>; la grande laxité des parois vaginales permet alors de faire la réunion primitive de plaies même très étendues. Hegar et Kaltenbach conseillent d'intervenir alors même qu'on devrait entamer la vessie et le rectum. Mundé<sup>3</sup>, dans un cas, ouvrit le cul-de-sac de Douglas, fit aussitôt une suture au catgut, et sa malade guérit, malgré une légère pelvi-péritonite consécutive. Dans un fait de cancer de la paroi postérieure, Rüter<sup>4</sup> a suturé la surface cruentée, provenant de l'extirpation, au col utérin préalablement avivé. Il semble que cette sorte de restauration par autoplastie ait empêché la récurrence, et au bout de trois ans une grossesse était survenue.

Chez une femme dont le cancer occupait toute la cloison recto-vaginale en partie détruite et donnait lieu à un cloaque, v. Eiselsberg<sup>5</sup> pratiqua d'abord la résection du coccyx et établit un anus artificiel dans la région sacrée, après avoir extirpé tout le néoplasme. La plaie fut ensuite rétrécie par des points de suture, et l'utérus ayant été abaissé, on fixa le col à l'extérieur, au niveau de la peau. La guérison se fit rapidement; les règles furent librement évacuées à l'extérieur, et les selles ne tardèrent pas à être retenues. Cette conduite hardie mérite d'être imitée.

Dans les cas où l'on ne pourra espérer tout enlever, on se bornera à faire le curage suivi de cautérisation au fer rouge, et l'on veillera le plus possible à l'antisepsie du vagin, au moyen d'injections au sublimé et de tampons iodoformés.

de l'estomac. — Un cas analogue a été rapporté par Browicz (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 414), sous le nom de *ulcus rodens de Clark*. Il s'agissait aussi d'une femme âgée (59 ans), atteinte de sclérose artérielle. En somme, ces ulcères paraissent être le résultat de véritables infarctus et n'ont été observés que dans les conditions où ces derniers se produisent, ce qui pourra servir à établir le diagnostic.

<sup>1</sup> HERZFELD (*Allg. Wien. med. Zit.*, 1889, n° 48) a opéré un sarcome primitif du vagin qui a récidivé au bout de 5 mois.

<sup>2</sup> BRÜCKNER. *Der primäre Scheidenkrebs und seine Behandlung* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1881, Bd. VI, p. 110).

<sup>3</sup> MUNDÉ. *Two cases of primary epithelioma of the vulva and vagina* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1889, t. XXIII, p. 476).

<sup>4</sup> RÜTER (de Hambourg). *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 58, p. 606.

<sup>5</sup> v. EISELSBERG. *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 12 mars 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 55, p. 610).

## CHAPITRE III

## DES FISTULES VAGINALES.

Classification — Fistules urinaires. — Étiologie. — Anatomie pathologique. Division. Symptômes. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. Aperçu historique. I. Traitement des fistules vésico-vaginales et uréthro-vaginales. Indications opératoires. Oblitération directe de la fistule. Cautérisation. Réunion immédiate secondaire. Réunion primitive, technique et soins consécutifs. Oblitération indirecte de la fistule. Colpocleisis. Oblitération vulvo-rectale. II. Traitement des fistules cervicales. 1° Fistules juxta-cervicales superficielles et profondes. Hystérocleisis vésical. 2° Fistules intra-cervicales. Cautérisation. Avivement et suture. Cystoplastie. Hystéro-stomato-cleisis. III. Traitement des fistules uretéro-vaginales et uretéro-cervicales : 1° Méthode d'oblitération directe. Procédé de Simon, de Landau, de Schede. Procédé du dédoublement. 2° Méthode de l'oblitération indirecte. Colpocleisis. Néphrectomie. — Gravité de l'opération. Accidents opératoires et post-opératoires. Déchirures du vagin. Hémorrhagie. Blessure et ligature de l'uretère. Péritonite. Calculs. Résultats. Incontinence d'urine; opération de Pawlik. — Fistules fécales. — Fistules recto-vaginales. Étiologie. Anatomie pathologique. Symptômes et diagnostic. Pronostic. Traitement. Opération par le périnée, par le vagin et par le rectum. Soins préliminaires et consécutifs. — Fistules entéro-vaginales. Définition. Étiologie. Anatomie pathologique. Symptômes. Diagnostic. Traitement. Cautérisation. Section de l'éperon. Avivement et suture. Laparotomie et entérorrhaphie. Abouchement du bout supérieur au rectum. Création d'une voie de dérivation des matières vers le rectum.

Le vagin peut communiquer d'une façon durable avec les viscères voisins, à l'aide d'orifices ou de trajets cicatriciels organisés et recouverts d'épithélium. Ces communications anormales ou fistules doivent être divisées en deux genres, selon qu'elles donnent passage à l'urine ou aux matières fécales.

## Fistules urinaires.

Étiologie. — Il convient de rejeter, par définition, de la classe des fistules proprement dites ou cicatricielles les communications fistuleuses établies par le cancer, à une période avancée de son évolution.

Dans l'immense majorité des cas, les fistules remontent à un accouchement laborieux qui a provoqué la mortification d'une partie plus ou moins étendue du canal génital. Lorsque la tête fœtale reste trop

Classification.

Étiologie.