geonnement, de sorte que la cautérisation au nitrate d'argent ou au fer rouge ne doit être essayée, en général, que pour les fistules petites où elle échoue encore assez souvent.

L'avivement sanglant des bords de la fistule, suivi de la suture, a donné de bien meilleurs résultats. Simon a poussé cette opération à un haut degré de perfection et la description que je vais faire de la technique opératoire est, dans ses points principaux, empruntée à ses écrits (1).

Une condition des plus importantes, au point du vue du succès, c'est de rendre la fistule bien accessible. La patiente se met dans une position exagérée de taille périnéale. Deux aides, en ramenant avec force les jambes vers le tronc, exagèrent cette attitude et font prendre à la femme la position sacro-dorsale. La vulve regarde alors en haut. Un spéculum en gouttière rétracte autant que possible la paroi postérieure du vagin. Les parties latérales de la muqueuse vaginale sont maintenues par des rétracteurs et les parties inférieures de la muqueuse vaginale antérieure sont déprimées par un spéculum en forme de lame plate. Alors la fistule s'étale très bien à la lumière, ou du moins on peut, avec de petits crochets, la rendre accessible dans toutes ses parties. D'autres fois le décubitus latéral, ou la position génu-pectorale sont préférables.

Lorsque la fistule est très profonde et l'utérus très mobile, on peut, en abaissant cet organe, amener la fistule à la vulve.

J'opère toujours dans la narcose. Bien que l'avivement et la suture ne soient pas très douloureux, je considère que l'on peut mieux distendre le vagin pendant l'anesthésie. D'autres préfèrent se passer de chloroforme.

Lorsque la fistule est rendue bien accessible, on avive ses bords. On aura soin de retrancher les bords calleux, cicatriciels et donnant peu de sang, et de se ménager un bord avivé, large, uni et taillé dans les tissus normaux. A cet effet on enfonce à un demi-centimètre et plus du bord de la fistule un bistouri pointu, de façon à faire ressortir la pointe à la limite de la muqueuse vésicale. Si l'on a soin d'exciser ainsi les bords de la fistule, on aura formé une plaie en entonnoir qui se rétrécit à mesure qu'on s'approche de la vessie.

On fera bien de tracer d'abord les limites de l'avivement sur la muqueuse avec la pointe du couteau, si l'on veut que la surface dénudée ait partout la même largeur. En avivant les bords, on aura soin d'éviter la muqueuse vésicale.

On obtient des surfaces d'apposition plus larges, lorsqu'on dirige

l'incision de manière à obtenir un entonnoir plus ouvert, c'est-à-dire si l'on suit la méthode des chirurgiens américains lesquels excisent à plat la muqueuse vaginale sur une large étendue. De telles surfaces se soudent parfaitement lorsque la tension n'est pas trop forte.

Lorsque les surfaces avivées ne sont pas assez unies ou bien si quelques îlots de muqueuse ont échappé, on les enlève au moyen du bistouri ou bien des ciseaux courbes. On arrête l'hémorragie par des irrigations d'eau froide et on tord les artères qui donnent.

Après l'avivement, on procède à la suture des lèvres de la plaie. Lorsque rien ne s'y oppose, on réunira le bord supérieur de la plaie au bord inférieur. Plus tard, la cicatrice sera donc transversale. Le fil d'argent ne présente guère de supériorité sur le fil de soie bien lisse. On se sert d'aiguilles courtes et fortement courbées que l'on tient au moyen d'un porte-aiguilles. On ne comprendra pas la muqueuse vésicale dans l'anse de fil, ou du moins très peu.

Les fils ayant été tous passés à de petites distances les uns des autres, on les nouera avec prudence. Si les bords de la plaie ne sont pas exactement apposés partout, on pose encore quelques sutures superficielles. Des incisions libératrices ne sont point nécessaires.

L'opérée garde le lit pendant huit jours environ. On ne la sondera que lorsqu'elle ne peut pas uriner spontanément. Vers le dixième jour, on commence à enlever prudemment les fils. Je me suis souvent servi de catgut pour les sutures.

Dans les cas difficiles, surtout lorsque la vessie n'est plus très extensible, on aura recours, avec avantage, au drainage de la vessie. Pour cela, on introduira dans la vessie un petit tube en caoutchouc durci, renslé à son bout vésical, et muni à son extrémité extérieure d'un tube qui conduit l'urine à l'extérieur.

Beaucoup de chirurgiens s'écartent notablement de cette manière de faire. Tout récemment Bozeman a imaginé une méthode quelque peu différente et dont les résultats ont été excellents. Il insiste surtout sur le traitement préparatoire de la fistule. Ce traitement consiste spécialement à inciser et à distendre les brides cicatricielles du vagin, à élargir insensiblement ce canal et à rendre la fistule plus facilement accessible en faisant porter à la femme des dilatateurs sphériques en caoutchouc. Bozeman fait prendre à la patiente la position sur les genoux et les coudes. Il a construit un fauteuil spécial qui maintient la femme dans cette attitude. Les surfaces avivées, Bozeman fait une suture particulière. Les fils d'argent traversent une plaque de plomb de forme appropriée et qui s'applique sur la plaie. Un grain de plomb perforé fixe ensuite le fil sur la plaque. Du reste, les rétrécissements

<sup>(1)</sup> Voir pour plus de détails techniques : Fritsch, Krankh. d. weibl. Blase, dans J. Veit, Hand. d. Gyn.

et adhérences du vagin sont souvent si considérables, qu'il faut absolument les détruire avant d'opérer. Au lieu de dilatateurs en boules, nous nous sommes servis avec avantage du tamponnement à la gaze iodoformée. Fritsch, qui a une grande expérience en cette matière, préfère détruire les cicatrices au bistouri et aux ciseaux.

Il est très rare que la muqueuse vésicale herniée ait contracté avec la paroi postérieure du vagin des connexions telles qu'il soit nécessaire de les trancher au bistouri.

Lorsque la perte de substance est considérable, il faut parfois réunir les bords de la plaie en formant des lignes d'apposition plus compliquées en T ou en Y.

La méthode par clivage des bords (1) de la fistule a été appliquée avec succès au traitement des fistules. J'y ai eu recours régulièrement, et toujours avec d'excellents résultats, pendant ces dernières années. Cette opération consiste à dédoubler les bords de la fistule, à une profondeur de 1/2 à 1 cm., à les mobiliser et à les suturer séparément.

Le rétrécissement ou l'atrésie de l'urèthre, réclamant sa dilatation préalable, est une circonstance très fâcheuse.

Au cours de l'opération, on aura bien soin de ne pas entamer les uretères, que l'on attire parfois du côté de la fistule. Les urétères projetant parfois un jet d'urine teintée de sang, peuvent être pris pour des artères qui donnent. Lorsqu'on les reconnaît, il faut autant que possible les éviter pendant l'avivement, et en tous cas lors de la suture, car si on les comprenait dans une anse de fil, il s'en suivrait une hydronéphrose aiguë. Pawlik a proposer de les sonder chaque fois pour éviter cet accident.

L'opération ne met pas la vie en danger, car on ne s'approche du péritoine que très exceptionnellement. D'autre part, on peut prendre ses précautions pour empêcher l'infection septique.

Les hémorragies vésicales doivent être considérées comme une complication très fâcheuse. Le sang peut s'épancher en telle quantité dans la vessie que celle-ci remonte jusqu'à l'ombilic et que des symptômes d'anémie intense se déclarent. Le traitement est assez peu efficace. Le froid appliqué sur les parois abdominales ou par la voie vaginale et les injections d'eau glacée dans la vessie avec un cathéter à reflux sont à conseiller.

Très souvent, il persiste une petite fistule au milieu ou à l'extrémité de la plaie. On l'opère alors séparément, à moins qu'on ne veuille la cautériser.

Lorsque la fistule siège très haut, à proximité du col, ou bien qu'il (1) Winckel, Münch. m. W., 1891.

Traitement. — Il n'est pas nécessaire d'enlever les petits kystes qui sont situés à la partie supérieure du vagin et ne produisent aucune manifestation morbide. Cependant, si on voulait recourir à un traitement, - et l'on se voit souvent forcé d'intervenir pour obvier à des symptômes fort pénibles, — on aurait tort de se contenter de faire une ponction, ou une incision : le liquide ne tarderait pas à se reproduire et mieux vaut recourir à l'extirpation complète, sauf à réunir ensuite par la suture la section faite dans la muqueuse. On obtient le même résultat en enlevant avec des ciseaux la partie du kyste qui fait saillie à la surface de la muqueuse vaginale, et en réunissant par des points de suture à la muqueuse vaginale le fragment arrondi de la paroi kystique, qui est resté dans la profondeur. Ce procédé présente l'avantage de ne produire qu'une fort petite plaie, et de prévenir tout rétrécissement du vagin, alors même qu'il s'agirait de kystes volumineux. Après quelque temps, on ne trouve même plus l'endroit où avait siégé le kyste. Cette méthode est surtout recommandable pour les kystes qui plongent profondément dans le tissu cellulaire pelvien, et dont l'énucléation exige de larges délabrements.

## FIBROMES DU VAGIN

Les fibromes ou fibro-myomes du vagin sont rares. Bien que leur développement soit lent, ils acquièrent parfois un volume assez considérable, et ils sont relativement mollasses. Schræder a vu un fibrome situé dans le cul-de-sac latéral droit, qui n'était recouvert que par la muqueuse fort mince du vagin; la tumeur avait la grosseur d'une noisette, elle n'avait point le col comme point de départ, mais il existait en même temps un polype utérin de la grosseur d'une tête d'enfant.

On se gardera bien de confondre les fibromes du vagin avec les fibromes du tissu cellulaire pelvien : ceux-ci peuvent faire saillie sous la muqueuse vaginale.

v. Herff a décrit un cas remarquable d'adéno-myome du vagin, provenant probablement du canal de Wolff.

Les fibromes du vagin passent inaperçus, à moins qu'ils n'aient acquis un volume considérable. Même dans ce cas, leur action est purement mécanique : ils irritent le vagin et ils compriment le rectum.

Pour les enlever, il faut inciser la muqueuse et énucléer la tumeur. Les polypes du vagin, qui ne sont que des fibromes à mince pédicule, peuvent prendre un grand développement. Ils provoquent des troubles, même lorsqu'ils sont peu volumineux, dès qu'ils arrivent à

SARCOME DU VAGIN

l'entrée du vagin. Lorsqu'ils sont volumineux, ils distendent le vagin, peuvent déterminer des ulcérations de la muqueuse et des phénomènes de compression sur les organes voisins.

Le traitement est le même que celui des gros polypes de l'utérus; cependant il est plus facile de les enlever, attendu que le pédicule est mieux accessible.

On rencontre parsois des végétations polypeuses de la muqueuse vaginale, grosses comme des noisettes. Elles sont dues à des irritations locales, principalement à la compression exercée par les pessaires.

## CARCINOME DU VAGIN

Nous faisons abstraction du carcinome secondaire du vagin. Nous avons appris déjà que le cancer du col envahit souvent les culs-de-sac vaginaux. Quant au carcinome primaire du vagin, il est fort rare. On le rencontre à tous les âges, même chez les enfants.

Il se présente sous deux formes. Dans la première, il débute d'ordinaire à la paroi postérieure du vagin, par une tumeur circonscrite, qui s'accroît lentement et qui forme dans le vagin une saillie hémisphérique. Le carcinome du vagin peut aussi se présenter sous la forme d'une infiltration diffuse de la muqueuse. Au début de la maladie, l'infiltration s'étend surtout en largeur, non en profondeur : à l'endroit affecté, la muqueuse semble simplement écorchée au début; plus tard, le vagin est transformé en un tube à parois rigides, dont la lumière se rétrécit peu à peu. Le carcinome du vagin peut aussi envahir secondairement les organes voisins. L'irritation continue, due à des pessaires, paraît pouvoir favoriser le développement du cancer du vagin.

Les symptômes sont analogues à ceux du cancer du col. Les douleurs peuvent être peu vives. L'écoulement est sanguinolent et fétide. Parfois surviennent des signes d'irritation analogues à ceux que produit un corps étranger dans le vagin : douleurs sacrées et besoin d'expulsion. Peu à peu apparaissent les autres manifestations de la cachexie cancéreuse.

Le pronostic est grave, puisque après les opérations les plus étendues, la récidive est presque fatale (Schwarz). La gravité de cette variété de cancer réside vraisemblablement dans l'infection hâtive des canaux lymphatiques, et dans l'inoculation du tissu cellulaire pelvien pendant l'opération.

Le traitement est basé sur les mêmes principes que celui du cancer du col. Il est chirurgical, non seulement dans les cas où l'on peut compter sur l'extirpation complète du néoplasme, mais aussi lorsque le traitement symptomatique est seul possible : l'écoulement fétide et l'hémorragie ne sauraient être mieux arrêtés que par l'extirpation à l'aide de l'instrument tranchant, des ciseaux ou de la cuiller tranchante, avec cautérisation consécutive de la plaie.

Lorsque l'extirpation complète du néoplasme semble encore praticable, lorsqu'en d'autres termes le cancer n'a pas encore envahi profondément le tissu conjonctif du bassin, on pratique dans la muqueuse normale une incision, circonscrivant la tumeur et on la détache alors des tissus normaux, en commençant, non pas par en haut, comme Schræder l'a prétendu autrefois, mais par en bas : on la dissèque ou on la détache à l'aide d'instruments mousses, du tissu conjonctif profond qui est fort lâche. Il est bon d'enlever, d'une seule pièce, le néoplasme tout entier. Olshausen, après avoir incisé le périnée, a disséqué ainsi toute la paroi postérieure du vagin, dans un cas de cancer, et Duehrssen a pratiqué une opération analogue. Chez une vieille femme, dont la plus grande partie de la muqueuse vaginale était le siège d'une infiltration cancéreuse diffuse, Schræder a enlevé, avec succès, tout le canal vaginal, museau de tanche compris. L'opération fut malheureusement suivie de récidive. Il est bon de cautériser au fer rouge les surfaces cruentées et de tamponner ensuite le vagin à l'aide de gaze iodoformée.

## SARCOME DU VAGIN

Le sarcome du vagin, comme celui de l'utérus, peut se présenter sous deux formes : tantôt comme infiltration diffuse des parois vaginales, tantôt sous l'aspect d'une tumeur circonscrite, analogue à un fibrome ou même à un polype. Le sarcome a été observé fréquemment chez de tout petits enfants; il est alors congénital, et renferme parfois des fibres musculaires striées. Les sarcomes du vagin, chez l'enfant, ressemblent aux sarcomes du col : ils ont une forme lobulée, et des productions villeuses finissent par faire saillie hors de la vulve. Ces sarcomes s'insèrent de préférence sur la paroi antérieure.

Les symptômes du sarcome vaginal sont parfois les mêmes que ceux du carcinome; d'autres fois, ils ressemblent davantage à ceux des tumeurs de bonne nature.

Étant donné le caractère malin de la tumeur, le traitement sera autant que possible opératoire. Cependant, la guérison complète n'a été observée que dans fort peu de cas.