

Quelques auteurs ont même conseillé, dans la phase suraiguë du début, de se contenter des émollients, grands bains prolongés, boissons délayantes. La plupart des chirurgiens sont d'accord pour préconiser aujourd'hui dès cette première phase les grandes injections antiseptiques :

4 à 6 litres de solution de sublimé à 1/10000 ou de solution de permanganate de potasse plus ou moins concentré. Dès que la sensibilité a diminué, quelques chirurgiens font un tamponnement sec du vagin avec de la gaze au salol, du salol, de la gaze iodoformée, de la poudre de tanin, etc. ; d'autres continuent les injections antiseptiques ; on s'est servi de la créoline, de l'acide phénique, du coaltar saponiné, de la résorcine, du chlorure de zinc au centième, en un mot, on a employé tous les antiseptiques, sans qu'il soit possible de considérer l'un d'eux comme un remède spécifique de la maladie. J'ai vu mon excellent ami le Dr Bar obtenir d'excellents résultats par l'isolement des surfaces à l'aide de tampons d'ouate hydrophile imbibés d'une solution de nitrate d'argent.

Lorsque la vaginite est guérie, il faut s'occuper de la métrite, ne pas négliger les soins antiseptiques, pour éviter les retours de la maladie.

Les vaginites non infectieuses cèdent facilement au traitement ; il est curieux de voir avec quelle rapidité disparaît la vaginite la plus intense, due à la présence d'un pessaire perdu dans le vagin depuis des années, dès que le chirurgien a enlevé la cause du mal.

Le traitement des formes ulcéreuses et gangreneuses nécessite une longue et attentive surveillance pour empêcher les communications anormales et les rétrécissements de se produire, ou tout au moins pour en atténuer les effets dans la mesure du possible.

CHAPITRE III

RÉTRÉCISSEMENTS DU VAGIN

Les rétrécissements du vagin sont *congénitaux* ou *acquis*.

Les *rétrécissements congénitaux* siègent plus souvent à la partie supérieure du vagin ; nous les étudierons plus loin avec les malformations des organes génitaux.

Les *rétrécissements acquis* sont *partiels* ou *totaux*.

Le *rétrécissement total* reconnaît ordinairement pour cause la vaginite chronique ; l'atrophie sénile produit une rétraction atrophique qui se rapproche des rétrécissements par inflammation chronique que nous venons de signaler.

Le *rétrécissement partiel* s'observe principalement dans la partie inférieure du vagin ; il se présente, en général, sous la forme de *brides* de formes très irrégulières résultant de la cicatrisation vicieuse d'eschares, généralement produites par un accouchement laborieux, plus rarement consécutives à l'action corrosive de liquides injectés dans le vagin, ou encore d'ulcérations inflammatoires ou spécifiques.

Le *rétrécissement partiel* reste souvent ignoré ; s'il amène de la gêne dans les fonctions génitales, si pour une cause ou une autre le chirurgien est appelé à

intervenir par la voie génitale sur l'utérus ou les annexes, le diagnostic se pose et l'indication opératoire profonde conduit à une opération préliminaire pour rétablir la voie vaginale.

La dilatation lente avec les tampons nous paraît devoir être d'abord tentée. Si elle ne réussit pas, on a recours soit à l'*incision* et au *refoulement*, soit aux méthodes autoplastiques, lambeaux empruntés à la vulve, au canal vestibulaire, aux petites lèvres, à la peau des fesses (Crédé, Chalita, Küstner, Lipinsky).

CHAPITRE IV

FISTULES DU VAGIN

On désigne sous le nom de *fistules* du vagin toute communication anormale durable de ce conduit avec les viscères creux qui l'avoisinent.

Tantôt ce sont des orifices simples *bimuqueux*, tantôt, et plus rarement, des trajets cicatriciels organisés. Les pénibles infirmités qui en sont les conséquences et les difficultés particulières de leur traitement ont fait des *fistules cicatricielles* du vagin un des chapitres les plus importants de la pathologie chirurgicale des organes génitaux de la femme.

Les *fistules congénitales* du vagin sont rares et se rattachent entièrement au chapitre des malformations des organes génito-urinaires chez la femme.

Les *fistules cicatricielles* se divisent en deux catégories bien distinctes, suivant que le vagin communique avec les organes urinaires ou avec le tube digestif : 1° *fistules urinaires* ; 2° *fistules fécales*.

I

FISTULES URINAIRES

Étiologie. — Mode de production. — Au point de vue de leur étiologie et de leur pathogénie, les fistules urinaires vaginales se divisent en quatre catégories : 1° les fistules obstétricales ; 2° les fistules chirurgicales ; 3° les fistules traumatiques ; 4° les fistules pathologiques ou spontanées.

1° Les *fistules obstétricales* sont les plus fréquentes : Dans l'immense majorité des cas, les communications anormales du vagin avec les organes urinaires sont consécutives à l'*accouchement* et surtout à un accouchement laborieux et reconnaissent pour cause, soit une pression prolongée de la tête fœtale contre le pubis, soit, beaucoup plus rarement, la manœuvre plus ou moins adroite d'un instrument et notamment du forceps.

Dans le premier cas, la fistulisation est la conséquence de l'élimination du point mortifié ; dans le second, il y a déchirure du vagin dans la manœuvre des instruments, ou bien escharification de la muqueuse par pression prolongée comme dans le premier cas. L'écoulement de l'urine, qui traduit la communi-