

tait produit deux larges perforations, l'une dans le rectum, et l'autre dans la vessie. Néanmoins elle était pleinement satisfaite de son état actuel et elle déclina toute intervention opératoire.

Les pessaires en forme d'anneaux ne sont pas davantage exempts de ce danger, lorsqu'on les néglige ou lorsqu'on les oublie dans le vagin.

En somme je n'ai plus grande confiance dans l'emploi des pessaires, car j'ai reconnu qu'ils avaient presque autant d'inconvénients que d'avantages, et j'ai abandonné leur usage chez les femmes ignorantes qui constituent la majorité de notre clientèle hospitalière; même dans la pratique privée je les emploie de moins en moins ainsi que j'aurai encore l'occasion de le dire.

FISTULES VAGINALES

Les fistules vaginales, lorsqu'elles ne sont pas dues à une ulcération cancéreuse, sont toujours causées soit par une déchirure des parois, soit, ce qui est la cause de beaucoup la plus fréquente, par la pression continue et prolongée de quelque instrument ou de la tête fœtale pendant l'accouchement. La plupart de ces accidents sont dus à la négligence de la parturiente ou de son entourage qui ne réclame pas à temps l'assistance nécessaire ou à une hésitation inexcusable de l'accoucheur, qui retarde trop longtemps son intervention opératoire. Néanmoins l'accident semble parfois inévitable; l'accouchement a été de courte durée et malgré cela il se forme une nécrose plus ou moins étendue, qui plus tard donne lieu à une fistule. Dans un cas, contre lequel vinrent échouer toutes mes tentatives de restauration et même d'amélioration, le vagin tout entier avait été détruit par une nécrose étendue de sorte que le rectum, l'utérus et les uretères aboutissaient tous dans un cloaque commun, d'environ deux pou-

ces de profondeur et tapissé de parois d'une dureté cartilagineuse. Dans ces conditions les lésions sont trop étendues et trop considérables pour qu'il soit facile d'y porter remède.

Chez les multipares, les fistules ont un caractère un peu différent, car elles proviennent de la compression de la vessie entre la tête fœtale et l'angle aigu de la symphyse pubienne. La partie nécrosée est alors peu étendue et elle siège assez haut; elle aboutit à la forme la plus fréquente des fistules vaginales et son orifice ressemble à une perforation produite par la ponction. Si l'orifice s'ouvre dans la cavité cervicale, nous obtiendrons la variété utéro-vésicale.

Le traitement opératoire de ces dernières fistules présente parfois de véritables difficultés; dans un cas, pour lequel j'assistais Sir *James Simpson*, il fut obligé comme dernière ressource de fermer l'orifice externe du col utérin et d'établir le passage des règles à travers la vessie. Ce procédé ne présente d'ailleurs aucun inconvénient, tandis qu'il a du moins l'avantage de prévenir la production d'une nouvelle fistule. Dans un cas analogue relaté par *M. J. R. Lane*, sa malade devint enceinte, quoique l'opération eut été selon toute apparence très complète. La proposition de *Jobert de Lamballe* consistant à débrider la fistule, pourra rendre parfois de grands services. Je trouve mentionnés aussi plusieurs cas de fistules uréthro-vaginales, un entr'autres dans la pratique de *Bozeman*, qui était survenu après la lésion de l'urèthre par l'aiguille dans le cours d'une opération de fistule utéro-vésicale.

J'ai vu encore une malade du professeur *Simon* de Heidelberg, chez laquelle existait une fistule uréthrale en communication avec la cicatrice médiane d'une ancienne ovariectomie; il la traita par la méthode radicale de l'extirpation du rein correspondant.

Ce cas est d'ailleurs relaté dans un de ses volumes (1).

(1) *Chirurgie der Nieren*, Erlangen, 1871.

Les fistules *uréthro-vaginales* sont rares et, d'après mon expérience, elles sont toujours le résultat d'une lésion directe. Dans un cas intéressant, que j'eus dernièrement à soigner, un chirurgien avait pratiqué sur sa malade une lithotomie assez bizarre. Il avait fait une incision s'étendant du méat urinaire au col utérin en ne laissant intact qu'environ 10 millimètres du canal uréthral. J'arrivai assez facilement, et dès ma première tentative, à refermer la partie postérieure de l'ouverture jusqu'au col de la vessie; mais la reconstitution du col vésical et de l'urètre donna lieu à bien des difficultés. Je ne pus réussir qu'après avoir eu l'idée d'établir un nouveau canal uréthral sur un des côtés du trajet primitif en passant simplement un drain dans la vessie. J'ai trouvé depuis lors que ce procédé avait déjà été recommandé par *Baker Brown* et par d'autres auteurs. Cette opération eut d'ailleurs un plein succès et ma malade, qui avait passé une dizaine d'années avec un urinal, peut actuellement retenir 300 à 350 grammes d'urine.

Ce cas a été publié dans tous ses détails en 1876 (1).

Les fistules *recto-vaginales*, si nous faisons abstraction de toutes celles d'origine cancéreuse, ne sont pas très fréquentes; je n'en ai observé que sept et sur ce nombre deux étaient dues à des pessaires oubliés dans le vagin. Une troisième me paraît avoir été causée par un accident syphilitique tertiaire, elle était accompagnée d'un rétrécissement du rectum. Le traitement opératoire de toutes ces fistules vaginales repose sur des principes fort simples, mais dont l'exécution réclame souvent une grande habileté de la part du chirurgien. Les bords de la fistule devront être avivés avec soin et très régulièrement sur toute l'épaisseur de la paroi, afin qu'ils s'adaptent exactement sur toute leur étendue dès qu'ils seront rapprochés; les fils de suture doivent être choisis de manière qu'ils ne coupent pas les tissus, et, si c'est la vessie qui est intéressée, on devra lais-

(1) *Mémoires de la Société obstétricale de Londres*, 1876.

ser une sonde à demeure jusqu'à ce que la plaie soit complètement réunie.

Nous avons le choix entre deux méthodes opératoires différentes: l'une basée sur l'ancien système d'avivement est mauvaise, l'autre a été décrite et employée en premier lieu par *Maurice Collis*, de Dublin. Ce procédé avait été négligé, presque oublié, lorsque je le remis en honneur en 1881. L'extrait suivant du travail original de *Collis* (1) donne la description exacte des détails et fait ressortir les avantages du procédé:

« L'opération consiste en premier lieu à fendre les bords de la fistule dans tout son pourtour, afin de dédoubler la cloison vésico-vaginale en deux feuillets égaux, l'un comprenant la muqueuse vaginale et le tissu sous-muqueux, l'autre la muqueuse vésicale, la couche musculaire de la cloison étant également divisée en deux parties. L'étendue de cette séparation artificielle sera indiquée par la grandeur de la fistule, par l'état de ses bords, et jusqu'à un certain point par la position qu'elle occupe. Si elle siège à la hauteur du col de la vessie ou dans le voisinage du col utérin, la dissection ne devra pas être poussée à une grande profondeur.

« Tous ceux qui ont procédé à l'avivement d'une fistule, si petite soit elle, auront observé quelle augmentation de volume elle acquiert par cette méthode, et tôt ou tard ils regretteront peut-être la perte de substance occasionnée par ce procédé d'avivement; dans l'opération que je recommande, lorsqu'elle est exécutée avec soin, il ne se produit aucune perte de tissus, et, si elle aboutit à un insuccès, la malade ne sera au moins pas dans de plus mauvaises conditions qu'avant l'opération.

« En plus nous obtenons à l'aide de ce procédé double chance de succès. Les surfaces vives seront réunies au moyen de sutures en surget de manière qu'elles formeront une

(1) *Dublin Medical Journal*, mai 1861.

arête proéminente sur la surface vaginale. Une arête semblable et même plus élevée se forme dans l'intérieur de la vessie et cette dernière agit comme une valvule, qui s'oppose à la sortie de l'urine et même à son contact avec la plaie; de plus, si les tissus compris dans les sutures se sphacèlent, les lambeaux vésicaux, qui ne subissent pas la pression des fils, échapperont certainement à la nécrose, ils se réuniront même avant les lambeaux vaginaux et ils resteront unis même si ces derniers devaient céder.

« L'opération est simple et n'exige pas un grand nombre d'instruments, mais elle demande une certaine dextérité, que doit posséder tout chirurgien digne de ce nom, car c'est beaucoup moins l'instrument que la main qui le guide, qui doit assurer le succès de l'opération. Ma méthode est applicable à toutes les fistules vaginales, et à bien des cas, dans lesquels on n'aurait aucune chance de réussite à l'aide des anciennes méthodes.

« Lorsque la perforation est large et que la perte de substance se mesure par pouces carrés, on ne peut espérer obtenir la réunion par le simple avivement des bords et par des sutures séparées. La tension des fils est trop grande et ils couperaient inévitablement les tissus. Les opérations autoplastiques consistant en la transplantation de lambeaux provenant des parties voisines, ne donneront pas non plus des résultats bien satisfaisants. Dans ces cas il est important d'employer un procédé qui permette de répéter plusieurs fois l'opération sans faire subir de nouvelles pertes à des tissus déjà très exigus.

« D'autre part, pour les petites fistules, il ne sera pas très agréable à l'opérateur de voir l'état des parties s'aggraver après chaque intervention non suivie de succès. Ceci ne se produit dans aucun cas après mon opération. Il n'existe pas de perte de substance et le chirurgien pourra renouveler son intervention après quelques semaines sur des parties qui

seront dans une situation au moins aussi favorable qu'avant l'opération. »

Il est fort curieux que cette méthode ingénieuse ne se trouve décrite dans aucun traité de gynécologie; tous les auteurs recommandent la méthode d'avivement, dont l'inconvénient principal est d'enlever une trop grande étendue de tissus, lorsque chaque parcelle de ceux-ci peut être excessivement utile.

Opération. — J'ai déjà dit que les opérations pour fistules vaginales sont rarement rétribuées autrement que par la reconnaissance, car ces malades appartiennent presque toutes à la classe pauvre. J'ai opéré deux ou trois cents cas, et je n'ai pas touché des honoraires suffisants pour payer les instruments que j'avais achetés en vue de ces opérations. J'avais cru de mon devoir de me procurer tout nouvel instrument qui semblait présenter quelque avantage, et, parmi ceux que j'ai vus et que je n'ai pas achetés, il s'en trouvait de très remarquables par leur structure compliquée et par l'ingéniosité qui avait présidé à leur construction.

A mesure que j'ai acquis plus d'expérience, j'en suis arrivé à rejeter tous les instruments compliqués. J'en achète bien encore quelques uns, mais c'est uniquement pour faire plaisir aux inventeurs et aux fabricants. Je crois que les seuls instruments dont on ait besoin pour l'opération des fistules vaginales sont un spéculum de *Fergusson*, un couteau droit et une aiguille montée de courbure convenable.

Les fistules vaginales diffèrent tellement les unes des autres, qu'une description détaillée de l'opération s'appliquerait difficilement à deux d'entre elles; par conséquent je n'en indiquerai ici que les grands principes. Je prépare donc les lambeaux par la dissection médiane de la cloison, et je pose toujours les sutures en partant du milieu des surfaces avivées. J'ai trouvé qu'il était beaucoup plus facile de placer les fils simplement au moyen des doigts, sans spéculum, appré-

ciation qui certainement se trouvera confirmée par tous ceux qui feront l'essai du procédé.

L'utilité du cathéter après les opérations de fistules vésico-vaginales a été grandement discutée. Je puis simplement exprimer mon opinion qui est absolument en faveur de son emploi ; à condition, il est vrai, que l'on procède avec prudence, car j'ai vu une garde maladroite pousser la sonde à travers la plaie et d'autre part il m'est arrivé une fois de voir la cicatrice se rompre par distension exagérée de la vessie, quelques jours après avoir enlevé les sutures.

Le meilleur cathéter est certainement celui de M. W. D. Napier, muni à l'extérieur d'une boule mobile, afin qu'il ne puisse être engagé trop profondément. C'est un des instruments de chirurgie les plus ingénieux que je connaisse.

Après l'opération des *fistules recto-vaginales*, il faut prendre soin de vider le rectum au moyen de petits lavements, tous les jours ou même deux fois par jour, car le moindre effort de défécation compromettrait gravement le succès de l'opération.

On ne doit jamais enlever les sutures avant le dixième ou le onzième jour et encore à ce moment faut-il procéder avec beaucoup de précaution. Une injection de lait dans la vessie ou dans l'intestin fera découvrir de suite s'il existe quelque lacune dans la réunion de la fistule.

Lorsqu'il existe une destruction trop étendue des tissus pour pouvoir espérer une restauration convenable à l'aide des méthodes ordinaires, l'oblitération du vagin pourra encore procurer quelque amélioration à la malade, surtout si la perforation existe dans la cloison recto-vaginale. Néanmoins elle constituera toujours un bien triste expédient, et il faut essayer de tous les moyens possibles avant d'y avoir recours, car la muqueuse rectale ne supporte pas longtemps et impunément l'irritation causée par le mélange décomposé d'urine et de fèces. J'ai réussi dernièrement à guérir une fistule recto-

ginale, très difficile en détournant préalablement le cours des matières par une colotomie lombaire.

Les fistules recto-vaginales sont parfois le résultat de déchirures de la cloison pendant l'accouchement. Elles sont alors d'un petit volume et situées en dedans du sphincter. Elles sont difficiles à opérer et le meilleur procédé est encore de les débrider en divisant le périnée et de procéder ensuite comme dans les cas de périnéorrhaphie pour rupture complète.

MALFORMATIONS DU VAGIN

Les malformations vaginales ne viendront habituellement à notre connaissance qu'aux trois époques suivantes de l'existence — pendant l'enfance, au moment de la puberté, ou du mariage.

Dans la première catégorie se trouvent principalement les malformations se limitant au vestibule. Néanmoins nous pourrions rencontrer occasionnellement une atrésie vaginale plus ou moins complète chez des jeunes filles ; dans ces cas nous devons toujours conseiller aux parents d'attendre jusqu'au moment de la puberté, car il ne faut pas oublier qu'avant cette époque nous ne pouvons décider si la cause de l'affection est due à une simple oblitération du canal vaginal, ou s'il existe en plus une absence congénitale des organes plus essentiels.

Les cas de malformation qui nous sont amenés à l'époque de la puberté ou plus généralement à l'âge de 16 ou 17 ans, sont surtout ceux chez lesquels les organes internes sont normaux, mais où il existe un empêchement mécanique à l'écoulement du sang menstruel. L'attention est bientôt attirée par les douleurs violentes que la malade éprouve à intervalles mensuels, sans aucune apparence de menstruation ; mais bien souvent ces symptômes ne suffisent pas à décider