

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

les parents ; la pauvre enfant continue à souffrir pendant deux ou trois ans jusqu'à ce que l'apparition d'une tumeur abdominale jette l'alarme dans la famille et conduise les parents à réclamer l'assistance médicale.

J'ai opéré d'un hémato-colpos une jeune fille de 18 ans qui présentait depuis deux ans tous les symptômes d'une atrésie vaginale ; elle avait été admise deux fois dans un grand hôpital, et renvoyée chaque fois sans aucune modification de son état, car elle n'avait jamais été examinée. Dans ces cas les souffrances menstruelles sont parfois terribles, comme nous pouvons le supposer dès que nous nous représentons la puissance expulsive de l'utérus, augmentée encore par la force d'un appareil hydraulique non moins puissant. Le liquide menstruel se trouve comprimé dans l'utérus et dans le vagin lorsque ce dernier n'est pas complètement oblitéré, et ces cavités sont distendues en raison de la puissance des parois musculaires. Pendant les intervalles menstruels, la partie aqueuse du sang se résorbe et il ne reste qu'un liquide épais, poisseux et gluant, bien caractéristique, qui remplit les cavités distendues. Il augmente chaque mois en quantité, et l'utérus peut atteindre le volume qu'il présenterait au moment d'une grossesse de 5 à 6 mois.

Lorsque la menstruation a toujours fait défaut, lorsque les douleurs se sont répétées régulièrement tous les mois, et qu'en même temps il existe une oblitération évidente du canal vaginal, le diagnostic est des plus simples. Mais dans quelques cas rares, comme celui que j'ai publié dans la *Lancet* de 1876, il existe une espèce de menstruation accessoire, qui peut venir compliquer singulièrement le diagnostic et dont j'aurai encore l'occasion de parler à propos des *malformations utérines*.

Le degré et la nature de l'atrésie sont très variables et non seulement ils peuvent rendre le diagnostic difficile, mais encore faire hésiter le chirurgien sur le meilleur mode de trai-

tement à instituer. Lorsque l'oblitération n'est formée que par l'hymen ou par la partie avoisinante du vagin, lorsque de plus on constate par le doigt introduit dans le rectum que la tumeur sanguine descend très bas, l'opération sera des plus simples. Mais lorsque l'atrésie devient une véritable absence de vagin, qu'une sonde introduite dans la vessie peut être sentie par le rectum comme si elle n'était séparée du doigt que par une simple membrane, l'intervention opératoire deviendra beaucoup plus difficile, même dangereuse, et elle ne donnera généralement pas une amélioration de bien longue durée.

Un cas semblable me fut envoyé du pays de Galles ; la tumeur était si élevée qu'il semblait impossible de pouvoir l'atteindre en se frayant un passage entre la vessie et le rectum. Je l'incisai donc par la voie rectale et pendant trois ans le résultat opératoire fut satisfaisant. Plus tard il survint une suppuration du contenu utérin, la fistule rectale s'était oblitérée et la malade mourut après de longues souffrances. Actuellement je traiterais un cas pareil par l'enlèvement des annexes de l'utérus et je renoncerais à inciser l'hémato-colpos.

Un autre cas me fut envoyé du Hereford par mon ami, M. *Shirley Palmer* ; la tumeur ne siégeait pas tout à fait aussi haut que dans le cas précédent, mais il n'existait aucune trace de vagin ; je pratiquai une dissection très soignée sur une étendue d'environ trois pouces, en ayant un doigt dans le rectum et une sonde dans la vessie ; mais quoique la malade ait guéri rapidement, la difficulté de maintenir le canal dilaté fut si grande, la douleur causée par les tiges placées dans ce but fut si insupportable, et l'utilité d'un tel conduit artificiel si douteuse, que je regarde mon opération comme un véritable insuccès. Lorsque l'oblitération se prolonge en haut sur une étendue de plus de deux pouces, je conseillerai toujours l'enlèvement des annexes utérines.

On a beaucoup discuté la question de savoir, si la cavité

qui contient le liquide menstruel devait être largement ouverte afin de permettre une évacuation rapide et complète, ou bien s'il fallait procéder graduellement et à plusieurs reprises au moyen de l'aspirateur. J'ai trouvé des accidents mortels, mentionnés d'après les deux sortes d'intervention. J'ai essayé les deux méthodes et je n'ai pas eu un seul cas de mort sur une dizaine d'opérations; chez six de mes malades j'ai incisé la poche et évacué le liquide dans la même séance, et chez les quatre autres j'ai employé l'aspirateur à intervalles successifs et l'incision n'a été pratiquée que lorsque le volume de la tumeur avait été considérablement réduit. Dans les cas d'accidents consécutifs, la mort semble être le résultat d'une métrite septique, provenant de la décomposition du liquide menstruel. Afin de prévenir cette complication je fais faire des injections fréquentes dans la cavité avec de l'eau bouillie. Après la guérison opératoire, il est nécessaire que la malade porte pendant quelque temps un appareil quelconque afin de maintenir le passage dilaté, et malgré cette précaution les résultats ultérieurs sont loin d'être satisfaisants.

A côté de ces atrésies congénitales, nous pouvons rencontrer des *oblitérations acquises*, provenant de nécroses plus ou moins étendues survenues après l'accouchement. Ces cas seront très variables d'après l'étendue des lésions, et leur traitement ne différera pas de celui des atrésies d'origine congénitale. Dans tous ces cas de rétention de sang menstruel, le diagnostic différentiel avec l'utérus gravide n'est pas facile, et jusqu'à l'époque où l'on devrait entendre les bruits du cœur, je ne vois pas bien comment il pourrait être fait.

De jeunes femmes qui vont se marier, ou qui sont même mariées depuis quelque temps, viennent parfois nous consulter pour quelque malformation des organes génitaux et nous pourrions constater l'absence de vagin, sans aucun des symptômes de rétention de sang menstruel. Cette mal-

formation est alors compliquée d'insuffisance ou de défaut total de développement des organes internes.

J'ai vu une pièce anatomique, appartenant, chose curieuse, à une prostituée où il n'existait qu'un canal d'une profondeur de deux pouces, mais capable d'extension jusqu'à une profondeur de trois pouces, formé par un enfoncement en doigt de gant de la peau avoisinante, et où il ne se trouvait pas traces d'utérus, ni d'ovaires.

Dans ma pratique hospitalière, deux femmes mariées vinrent un jour me consulter; chez toutes deux il existait le même état des organes externes, et autant qu'un examen consciencieux pendant la narcose put nous le démontrer, une absence complète des organes internes. Par une de ces singulières coïncidences que l'on rencontre si souvent dans la pratique chirurgicale, ces deux jeunes femmes se présentèrent le même jour, furent examinées dans la même visite, et furent toutes deux fort satisfaites de leur condition, lorsque je leur appris qu'elles n'auraient jamais d'enfant. Elles sont depuis lors restées bonnes amies, car je les rencontre souvent ensemble dans la rue. Toutes deux déclarèrent ne souffrir aucunement de leur état, et leurs maris semblaient de même parfaitement satisfaits.

Dans un autre cas, que j'opérai pour une péritonite chronique suppurée, j'avais déjà antérieurement reconnu par le toucher vaginal et la palpation qu'il n'existait aucune apparence d'utérus, ni de ses annexes. Pendant l'opération je reconnus par l'exploration bimanuelle l'exactitude absolue de ma précédente constatation. Contrairement à l'opinion générale, qu'en cas d'absence congénitale de l'utérus et de ses annexes il n'existe pas de poils sur le pubis, celui de cette malade était tout particulièrement bien fourni.

J'ai rencontré plusieurs cas, où le vagin était anormalement court, et où le col était placé derrière la vulve; ils ne semblaient d'ailleurs présenter aucun inconvénient ni dans

les rapports sexuels, ni pendant l'accouchement; ils sont néanmoins plus particulièrement prédisposés aux prolapsus, et il est alors fort difficile d'y remédier.

*L'étroitesse congénitale du vagin* constituant un véritable empêchement à l'accomplissement des devoirs conjugaux, n'est pas fréquente. J'ai observé le cas d'une femme, qui avait été mariée pendant 20 ans, et chez laquelle le vagin n'admettait que le passage d'une sonde numéro 9. La menstruation était régulière et, on pouvait reconnaître par le rectum un utérus de proportions normales. Pendant la vie maritale de cette malade les rapports sexuels ne s'effectuaient qu'à de longs intervalles, et pendant les trois ou quatre jours qui suivaient, elle ne pouvait retenir son urine. L'urètre était dilaté et flasque, et je ne mets pas en doute, d'après l'aspect des parties, que pendant le coït le pénis s'introduisit dans le canal urétral. Dans ces cas d'étroitesse congénitale du vagin, la dilatation lente et graduelle, au moyen de tiges en verre ou en ébène, peut être suivie d'une amélioration évidente.

Je n'ai observé que deux exemples de *vagin double*; cette malformation provient naturellement de l'extension vers le bas de la cloison d'un utérus bifide, et par conséquent d'un arrêt de développement ou d'une régression au type des organes que l'on rencontre chez les animaux inférieurs. L'intervention opératoire doit consister à diviser la cloison vaginale jusqu'à la hauteur des lèvres du col utérin.

Dans un des cas que j'ai observés, il se produisit l'incident ridicule suivant: le praticien cherchait à déterminer la présentation par le toucher dans une des moitiés du vagin, tandis que l'enfant avançait lentement de l'autre côté de la cloison.

## IV

## Maladies de l'urètre et de la vessie

**Urétrite.** — L'urètre est toujours plus ou moins intéressé dans toute inflammation aiguë du vagin et, dans la période de début de la gonorrhée, c'est l'urétrite qui provoque les symptômes les plus pénibles. L'application d'un suppositoire morphiné est le traitement qui procure dans ces cas le plus de soulagement. Après cette période aiguë il persiste toujours une urétrite chronique, très pénible pour la malade, mais dont la guérison s'obtient facilement par la cautérisation du canal avec une solution par parties égales d'acide phénique et de glycérine, que l'on applique au moyen d'une sonde entourée de coton.

Nous avons déjà décrit les différentes formes de dilatation de l'urètre et des tumeurs urétrales en parlant du méat urinaire et des prolapsus du vagin, par conséquent nous n'y reviendrons pas.

**Incontinence d'urine.** — Je désire parler ici d'une autre affection, dont la cause ne réside pas toujours dans l'urètre, mais que je ne puis placer dans un autre chapitre, je veux parler de *l'incontinence d'urine*. Nous pouvons répartir tous ces cas dans deux catégories; ceux chez lesquels il existe un suintement continu de l'urine, et ceux où l'urine peut être retenue pendant quelque temps, avant d'être évacuée involontairement à intervalles irréguliers. Dans la première forme, nous trouverons qu'il s'agit soit d'un simple symptôme dépendant de quelque affection du système nerveux central, soit d'une incontinence provenant de quelque lésion du canal urétral ou