

plique le caustique. Celui auquel M. Amabile a recours de préférence est l'acide sulfurique affaibli. L'acide est porté au contact du tissu au moyen d'amianté contenu dans de petites curettes en maillechort, de forme et de dimensions variables pour s'adapter aux divers besoins de la pratique. Les curettes, tenues à l'extrémité d'une pince au moyen d'un petit manche qui leur est adhérent, sont successive-

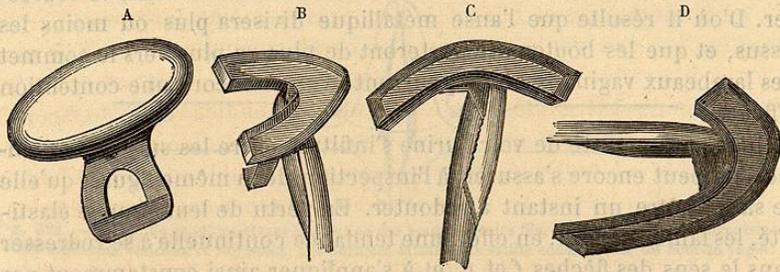


Fig. 330. — Instruments pour l'avivement des bords de la fistule (Amabile) (*).

ment promenées sur tout le pourtour de la fistule. Pour éviter la diffusion de l'acide ou son mélange avec l'urine avant de faire agir le caustique, on introduit dans la vessie, à travers la fistule, une plaque servant à obturer cette fistule. Cette plaque est maintenue en place, par son support, au moyen d'une pince à pansement. On répète ordinairement l'application après trois jours pour les endroits qui n'ont pas été bien attaqués. Puis, après trois autres jours, on passe sur toute la surface à aviver un crayon d'azotate d'argent, et l'on renouvelle cette application après deux autres jours. Le caustique a pour but de faciliter la chute de l'eschare produite par l'acide. En dix ou douze jours on peut obtenir une surface hour-

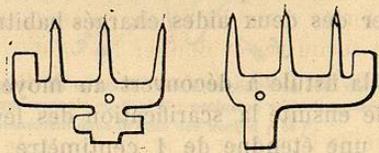


Fig. 331. — Cette figure indique la façon dont on doit tailler les griffes (Amabile).

geonnante souple, rosée. L'instrument unissant peut alors être utilement appliqué.

Lorsque la fistule est petite et ne peut être facilement touchée avec l'acide, on peut obtenir l'avivement avec le fil d'un galvano-cautère, un thermo-cautère filiforme et recourbé conviendrait très bien alors.

(*) A, plaque destinée à être introduite dans la vessie afin de fermer l'ouverture de la fistule; B, C, D, curettes de formes diverses pour l'avivement des bords de la fistule.

Pour maintenir les lèvres au contact l'une de l'autre, M. Amabile se sert d'instruments de son invention, très simples, qu'il désigne sous le nom de griffes en râteau, que chacun peut construire aisément. L'appareil, dit l'auteur, peut être construit par quiconque a à sa disposition une lame de maillechort, une paire de forts ciseaux, une lime et un étou. Il est constitué par deux plaques rectangulaires garnies sur l'un de leurs bords de dents distantes ordinairement l'une de l'autre de 7 à 8 millimètres et offrant à peu près la même longueur. Sur le bord opposé aux dents se trouve un court appendice disposé de manière à pouvoir s'emboîter avec l'appendice de la plaque opposée. Vers l'une des extrémités existe un autre appendice replié de façon à pouvoir être saisi par une pince porte-aiguille ordinaire. Au centre des plaques est pratiqué un trou simple ou double, destiné à laisser passer un fil qui, étant noué sur les deux branches après leur réunion, les ferme à distance voulue; les pointes sont repliées près de leur base à angle presque droit afin que tout l'appareil reste bien solidement implanté et qu'elles-mêmes ne pénètrent pas dans la cavité vésicale.

En outre, les dents sont disposées de façon à ne pas se rencontrer et à éviter ainsi une constriction trop forte des tissus. Les appendices inférieurs qui doivent s'emboîter sont également repliés à angle pres-

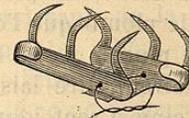


Fig. 332. — Griffe en râteau à trois pointes (Amabile).

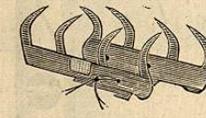


Fig. 333. — Griffe à quatre pointes (Amabile).

que droit, d'où résulte que l'instrument entier, quand il est appliqué et fermé, prend une forme arrondie et ne présente aucune saillie qui puisse ressentir des secousses et donner lieu à des déplacements. On peut d'ailleurs tailler des griffes de formes et de dimensions variables, suivant les besoins.

M. Amabile conseille d'essayer la griffe avant de pratiquer l'avivement afin de voir si elle s'adapte bien aux parties.

Pour appliquer l'appareil, on découvre la fistule au moyen d'un spéculum de Sims, en faisant mettre la femme soit sur les coudes et les genoux, soit dans le décubitus dorsal.

Lorsqu'on veut appliquer les griffes, il est nécessaire, dit l'auteur, de commencer par l'application de la branche postérieure en la saisissant avec la pince et en tenant bien tendu le fil qui la traverse. Ayant bien calculé la distance entre les pointes et les bords de la fistule, distance qui doit être ordinairement de 1 1/2 à 2 cen-

timètres, et bien considéré la direction de toutes les pointes, on les implante résolument dans les chairs. Il est très utile d'aider l'accomplissement de cet acte opératoire avec l'index de l'autre main, en le laissant glisser sur la pince jusque près de la griffe; quelquefois on doit l'aider aussi avec la prise et la reprise de la griffe par la pince, sous diverses inclinaisons successives, pour enfoncer les pointes graduellement selon leur juste direction. Cela fait, on confie la pince à un aide et l'on procède à l'implantation de l'autre griffe avec les mêmes précautions, en tenant bien tendu et bien disposé le fil qui la tra-

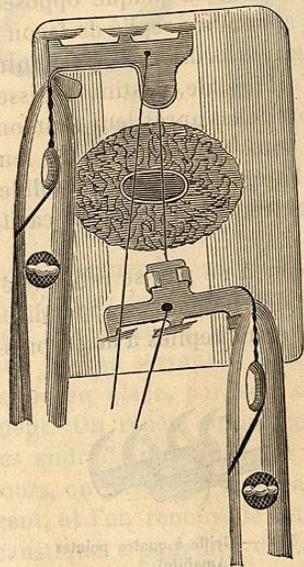


Fig. 334. — Implantation des griffes (Amabile).

M. Amabile n'astreint pas la femme à garder le lit, il ne lui permet toutefois que des mouvements limités; il n'introduit pas non plus de cathéter dans la vessie, il favorise la défécation par de légers purgatifs.

Pour enlever les griffes, on coupe le fil et, après qu'on les a saisis avec des pinces, on les enlève par des mouvements en sens inverse de ceux auxquels on a eu recours pour l'introduction.

Pour la réunion des fistules longitudinales, il est nécessaire de substituer aux saillies terminales qui servent de point de prise aux pinces, d'autres saillies centrales simples en forme d'ailes.

Chaque griffe saisie au moyen d'une pince est implantée dans les tissus par un mouvement de pronation ou de supination comme s'il s'agissait d'une aiguille de Deschamps.

verse et veillant à ce que les extrémités des appendices qui doivent s'emboîter se correspondent exactement. Les chefs de ce fil étant ensuite tenus par un aide, l'opérateur saisit l'autre pince, attire vers lui la branche postérieure et accomplit l'emboîtement des deux appendices. Lorsque l'appareil est convenablement serré, on confie les pinces à un aide, on noue les chefs du fil sur l'appareil et l'on retire les pinces. On pourrait, si l'on éprouvait quelque difficulté pour opérer cette ligature, passer les chefs du fil dans un petit tube de plomb que l'on écraserait avec une pince.

Les griffes doivent être laissées en place pendant cinq à sept jours. Elles ne doivent pas être enlevées avant cette époque dans la crainte de déchirer la cicatrice pendant l'extraction.

Quand on a affaire à une fistulette, il est nécessaire d'employer des griffes plus rapprochées.

Pour la réunion par superposition d'un lambeau, comme cela est nécessaire dans certaines fistules vésico-utérines avec absence de la



Fig. 335. — Griffe à dents rapprochées et recourbées pour les fistulettes (AMABILE).



Fig. 336. — Griffe pour la fistule vesico-utérine (AMABILE).

lèvre supérieure du museau de tanche, l'appareil doit être construit d'une façon un peu différente: les pointes d'un côté doivent être presque droites, à peine recourbées, tandis que celles du côté opposé doivent être pliées à angle droit et disposées en deux rangées. Pour l'appliquer, chaque pièce est saisie avec la pince à angle presque droit. Les pointes à peine recourbées sont implantées dans le septum vésico-vaginal au-devant de la fistule, et les pointes pliées à angle droit doivent être enfoncées dans la face postérieure de la lèvre utérine.

Traitement des fistules vésico-utéro-vaginales. — Pour les fistules vésico-utérines Jobert a conseillé le procédé suivant. On incise le col de l'utérus dans le sens des commissures (fig. 337); les incisions sont prolongées sur le vagin jusqu'à ce que l'on

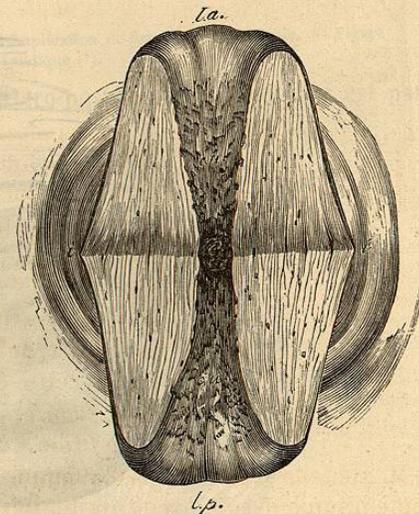


Fig. 337. — Fistule vésico-interne, division du museau de tanche du vagin et du col utérin (*).

puisse, en relevant la lèvre antérieure, apercevoir dans l'intérieur du col l'orifice de la fistule. Aussitôt que cet orifice est bien reconnu, on relève la lèvre antérieure du museau de tanche, et l'on pratique l'avivement des bords de la fistule en taillant dans le tissu utérin. Lorsque l'avivement est bien complet, on passe des points de suture dans le sens où le rapprochement est le plus facile. Il suffit ensuite d'abandonner la lèvre antérieure pour que son propre poids la remette en contact

(*) l, a, lèvre antérieure; l, p, lèvre postérieure (JOBERT, de Lamballe).

avec la lèvre postérieure sans qu'il soit nécessaire de passer des points de suture.

Lorsque le col de l'utérus est détruit en grande partie, Jobert emploie un procédé tout différent.

Avant de l'exposer, nous rappellerons que, dans les fistules vésico-utéro-vaginales superficielles, le col de l'utérus n'est jamais intéressé que très superficiellement vers le col de la vessie, et présente alors la forme d'un T, tandis que les lésions de la vessie peuvent se présenter à deux degrés différents. Dans le premier, la perforation peut être n'est pas très considérable, et suit à peu près le décollement du vagin autour du col de l'utérus; dans le second, le décollement circonférentiel du vagin se complique d'une véritable fistule vésico-vaginale qui s'étend dans la plus grande longueur de la cloison.

Dans le premier cas, Jobert avive la lèvre antérieure de la fistule, puis, avec un bistouri boutonné, il enlève toute la face antérieure du col de l'utérus; lorsque l'avivement est fini, il place, ainsi que le mon-

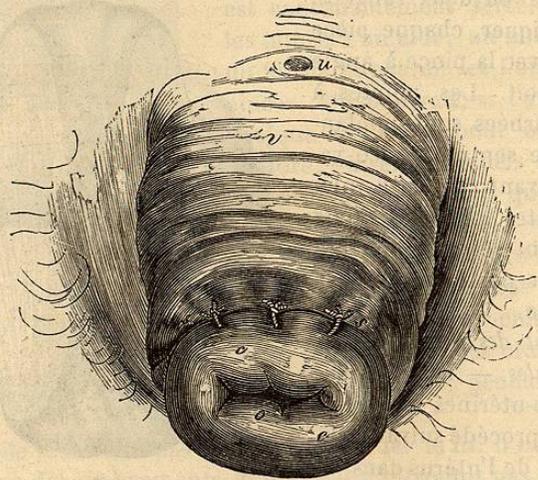


Fig. 338. — Fistule vésico-utéro-vaginale (*).

tre la figure 338, des points de suture entre la lèvre antérieure de la fistule et le col de l'utérus. Par ce procédé, la fistule se trouve fermée par le tissu utérin.

La figure 339 donne une idée nette de la disposition des parties dans le cas de fistule vésico-utérine sans complication de fistule vésico-vaginale.

Lorsque la fistule vésico-utéro-vaginale se complique de fente longitudinale, Jobert croit qu'il n'est pas possible d'obtenir la guérison

(* u, urèthre; v, cloison vésico-vaginale; ccc, museau de tanche; ss, union de la cloison avec le col de l'utérus par la suture. (JOBERT, de Lamballe.)

en une seule séance; dans une première opération, il cherche donc à

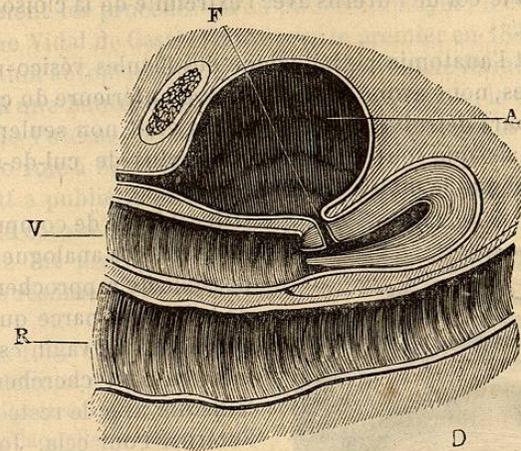


Fig. 339. — Fistule vésico-utérine sans complication de fistule vésico-vaginale. — Figure schématique (*).

obtenir la réunion de la fente utéro-postérieure: lorsqu'il y est par-

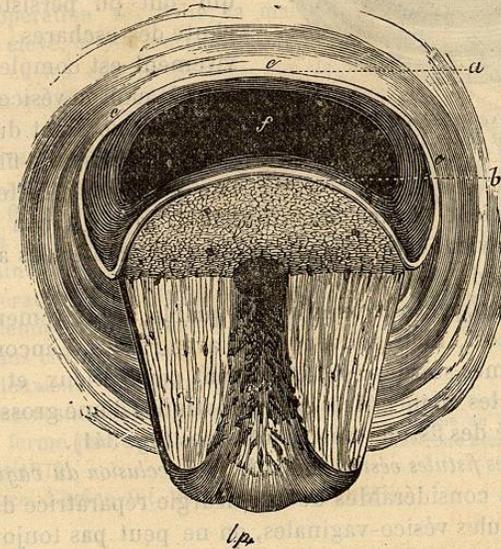


Fig. 340. — Fistules vésico-utéro-vaginales. — État des parties: on a supprimé sur le col utérin et sur la vessie à l'état normal une portion de cet organe (**).

venu, il n'existe plus qu'un espace rétréci entre le col de l'utérus et la

(* A, vessie; F, fistule; R, rectum; V, vagin. (LANE.)

(**) eee, pourtour de la cloison vésico-vaginale; f, ouverture vésicale faite avec le bistouri; lp, lèvre postérieure du museau de tanche qui doit contribuer à fermer l'ouverture anormale. (JOBERT, de Lamballe.)

nouvelle cloison que l'on traite comme dans le premier cas, en avivant et en suturant le col de l'utérus avec l'extrémité de la cloison nouvellement formée.

En étudiant l'anatomie pathologique des fistules vésico-utéro-vaginales profondes, nous avons vu que la lèvre antérieure du col de l'utérus était toujours détruite, et que le vagin était non seulement détaché du col, mais que souvent il n'existait plus de cul-de-sac vaginal antérieur, ainsi que le montre la figure 340.



Fig. 341. — Fistule vésico-utéro-vaginale. — Fusion du col, qui fait désormais partie du vagin et de la vessie (*).

Il est facile de comprendre que dans un cas analogue il est impossible de rapprocher la lèvre *a* de la lèvre *b*, parce que la paroi antérieure du vagin *cs* y oppose; mais on peut chercher à fermer la fistule avec le reste du col de l'utérus. Pour cela, Jobert commence par aviver le bord *a* de la fistule, puis ensuite la lèvre postérieure *lp* du col de l'utérus, en excisant même les tubercules qui ont pu persister après la chute des eschares. Lorsque l'avivement est complet, on passe, dans la cloison vésico-vaginale *ac* et dans le sommet du col de l'utérus, des anses de fil de soie que l'on noue, et de cette manière le

col de l'utérus vient fermer la fistule de la même façon que le lambeau plantaire vient recouvrir la surface saignante des amputations partielles du pied.

Cette opération, excessivement remarquable, a été vivement attaquée, quelquefois à tort, mais souvent aussi avec raison. L'inconvénient de rendre les femmes stériles est assurément peu sérieux, et il n'y a pas à hésiter entre les chances très problématiques d'une grossesse et l'affreuse infirmité des fistules vésico-utérines (fig. 341).

Traitement des fistules vésico-vaginales par occlusion du vagin. — Malgré les progrès considérables de la chirurgie réparatrice dans le traitement des fistules vésico-vaginales, on ne peut pas toujours obtenir la guérison en conservant l'intégrité des organes génitaux. « Il n'est pas toujours possible, dit M. Herrgott (1), de fermer l'ouverture causée

(1) Herrgott, de l'Oblitération du vagin comme moyen de guérison de l'incontinence d'urine dans les grandes pertes de substance de la cloison vésico-vaginale (Gazette médicale de Strasbourg, 1872, p. 65).

(*) sss, union des restes de la cloison sur la lèvre postérieure du col de l'utérus. (JOBERT, de Lamballe.)

par la perte de substance, moyennant l'affrontement simple des bords, quels que soient les procédés qu'on puisse employer; il est nécessaire alors, comme Vidal de Cassis l'a proposé le premier en 1834, de recourir à l'opération autoplastique, qui a pour résultat de fermer comme un cul-de-sac, à une hauteur plus ou moins considérable, le canal vaginal au-devant de l'utérus, de diriger l'orifice du col dans la vessie et de donner cette voie à l'excrétion menstruelle.»

M. Herrgott a publié deux cas de fistules vésico-vaginales avec perte de substance considérable dans la paroi vésico-vaginale où l'oblitération vaginale fut pratiquée et qui ont tous deux été suivis de guérison. Voici le résumé de ces deux observations :

OBSERVATION I. — Chez la première malade, toute la paroi vaginale antérieure était détruite à 3 centimètres du méat. Le vagin était rétréci à cette hauteur par une cicatrice dans laquelle il restait, sous l'arcade pubienne, une ouverture pouvant admettre deux doigts conduisant dans la vessie, dans laquelle s'abouchait la matrice.

Une première opération pratiquée le 2 mai 1871 réduisit l'ouverture au diamètre d'une plume; cette opération fut faite, la malade ayant le tronc élevé, la tête un peu plus basse que le tronc, et les cuisses fléchies sur le ventre, position qui est adoptée par M. Herrgott.

Lorsque l'avivement fut terminé, les bords de la fente furent réunis par cinq fils métalliques en argent, qui firent l'office de sutures de rapprochement, et sept fils de soie, placés entre les fils, qui maintinrent réunies les parties rapprochées. L'opération, qui avait été commencée à 9 heures et demie, fut terminée à 11 heures, elle fut faite sans chloroforme.

Après une deuxième opération pratiquée le 9 juin 1871, il ne resta plus qu'un pertuis filiforme, qui fut fermé par une troisième opération le 11 mars 1872.

L'incontinence d'urine fut complètement guérie.

OBSERVATION II. — Chez la deuxième malade, mère de douze enfants, il survint à la suite du dernier accouchement, qui fut très long, une perte de substance de toute la paroi antérieure du vagin; à travers cette large ouverture, qui admettait facilement trois doigts, la muqueuse vésicale, renversée par elle-même, faisait hernie et remplissait le vagin (fig. 342).

Une première opération, pratiquée le 10 janvier 1872, avait pour but de faire adhérer le bord antérieur de la perte de substance non à la lèvre antérieure

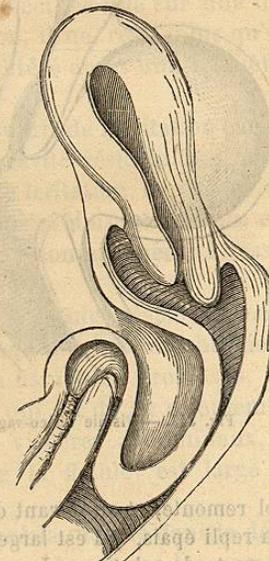


Fig. 342. — Fistule vésico-vaginale. — Hernie de la vessie à travers l'ouverture fistuleuse. (HERRGOTT.)

du col, qui était fortement diminuée, mais à la lèvre postérieure du col au milieu, et à la muqueuse vaginale postérieure sur les côtés.

Les figures 343 et 344 montrent le schéma de l'opération.

La femme tombe malade peu de jours après l'opération qui échoue complètement.

Le 10 février 1872 on fait une deuxième opération de la manière suivante :

Le côté droit de la perte de substance est d'abord réuni à la suite de cette partie de l'opération, la hernie vésicale si gênante est maintenue réduite, le

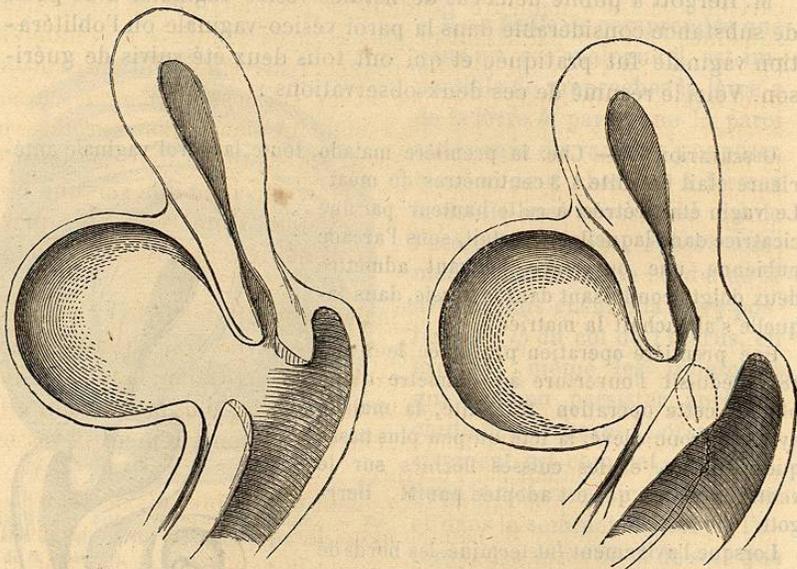


Fig. 343. — Fistule vésico-vaginale (*).

Fig. 344. — Fistule vésico-vaginale après la réunion du bord antérieur de la fistule à la lèvre postérieure du col.

col remonte, et au-devant de celui-ci la paroi vaginale postérieure constitue un repli épais, qui est largement avivé et réuni au bord antérieur gauche de la perte de substance. Le vagin constitue alors un cul-de-sac profond, fermé par onze points de suture métallique.

L'opération ne réussit qu'à gauche ; à droite (dans les tissus cicatriciels) il resta une ouverture triangulaire longue de 15 millimètres.

Le 27 mai 1872 une troisième opération ferme celle-ci, la malade est complètement guérie de son incontinence. Le sang menstruel est évacué avec l'urine.

Le docteur Atthill (1) a également publié une observation de des-

(1) Atthill, *Case of destruction of the bladder treated by closure of the vagina* (the *Med. Press and Circul.*, 18 déc. 1872, p. 528).

(*) La hernie de la vessie représentée dans la figure 342 a été réduite et l'avivement de la lèvre postérieure du col, et de la lèvre antérieure de la fistule a été pratiqué.

truction du bas-fond de la vessie traitée par l'occlusion du vagin et qui fut suivie de succès. Dans ce cas, la paroi antérieure du vagin était détruite à trois quarts de pouce en arrière de l'orifice de l'urèthre ; il y avait une destruction du bas-fond de la vessie ; l'ouverture était à peu près circulaire. Il ne restait qu'un demi-pouce du canal de l'urèthre qui était oblitéré.

Le docteur Atthill rétablit d'abord le canal urétral à l'aide d'un trocart qu'il laisse à demeure pendant les premiers temps. Après trois semaines l'urèthre paraissant ne plus avoir de tendance à s'oblitérer, l'occlusion du vagin fut alors pratiquée. L'avivement fut effectué sur une largeur d'un quart de pouce, et les surfaces saignantes réunies avec des sutures en fil de fer. Une sonde fut placée dans l'urèthre, et la malade restait couchée sur le ventre. Au septième jour, les sutures furent enlevées, mais la réunion ne s'était effectuée que sur une très petite étendue ; après une seconde opération, il ne resta plus qu'un très petit pertuis qui fut complètement oblitéré après une troisième opération.

Pendant quelques semaines, la malade souffrit de l'irritation causée par la présence de l'urine dans la nouvelle cavité vésicale. Des injections d'eau phéniquée firent disparaître cette irritation, la malade fut longtemps aussi avant de pouvoir vider sa vessie. Mais maintenant elle garde ses urines plusieurs heures, elle vide volontairement sa vessie, et les règles s'écoulent par l'urèthre.

Il est encore un procédé de traitement des fistules vésico-vaginales qui a été proposé par M. Lannelongue, lorsqu'il existe une hernie de la paroi vésicale à travers l'ouverture de la fistule. Ce prolapsus, qui se rencontre même assez fréquemment et qui est dû au refoulement de la paroi postérieure de la vessie par les viscères abdominaux, est plus ou moins considérable, suivant que la fistule est large ou étroite.

Si l'on réduit le prolapsus après avoir placé la malade dans le décubitus antérieur, la femme reposant sur les coudes et sur les genoux, on peut, en introduisant dans le vagin un spéculum de Bozeman, reconnaître que l'on a bien devant soi la paroi postérieure de la vessie, et qu'au niveau de la lèvre postérieure de la fistule cette paroi se continue avec cette lèvre dont elle forme le plan antérieur ou vertical.

C'est en se servant de ce prolapsus que M. Lannelongue a pu remédier à une destruction complète de toute la cloison vésico-vaginale dont était atteinte une malade de son service à l'hôpital des cliniques.

Voici l'observation qu'il a publiée à ce sujet.

OBSERVATION III. — « Madame X..., âgée de 36 ans, accouchait à Soissons, le 14 juillet 1872 ; le travail, qui avait commencé à neuf heures du matin, nécessita, dans la soirée, trois applications de forceps. La dernière eut lieu à minuit. Quelques jours plus tard se déclarait la perforation, qui la décida à

venir à Paris réclamer des soins. L'examen que nous pratiquons nous fait constater une solution de continuité énorme, comprenant presque toute la paroi antérieure du vagin et une partie de sa paroi latérale. Dans le sens antéro-postérieur, elle s'étend, en effet, du col utérin réduit à quelques tubercules jusqu'à 0^m,02 ou 0^m,03 environ de l'orifice de l'urèthre.

« En réalité, la paroi vaginale antérieure est réduite à une bande transversale de la largeur indiquée, et qui supporte pour ainsi dire le canal urétral.

« Sur les côtés et en avant, la fistule a pour limites les branches ischio-pubiennes, et, à ce niveau, toutes les parties molles faisant défaut, c'est le périoste de ces os qui limite la solution de continuité.

« Un peu plus en arrière, la fistule est limitée par les parois latérales du vagin, qui forment comme un croissant sur son bord postérieur. Le bas-fond vésical et la portion du vagin qui lui correspond étaient donc détruits. Il ne fallait pas dès lors s'attendre à trouver l'orifice des uretères dans la vessie. L'un et l'autre, en effet, s'ouvriraient dans le vagin; le droit contre la branche osseuse ischio-pubienne; celui de gauche dans l'angle de la fistule.

« Par l'orifice fistuleux s'échappait la paroi postérieure de la vessie, qui, s'engageant dans le vagin, apparaissait à la vulve, qu'elle dépassait, sous forme d'une tumeur rouge du volume d'un œuf de pigeon.

« La malade porte sur sa figure l'empreinte d'une anémie très prononcée. Elle est pâle, les muqueuses oculaires et gingivales sont décolorées; ses traits expriment la souffrance et témoignent du dégoût que lui inspire sa situation.

« Je fis précéder l'opération, que je pratiquai le 26 décembre 1872, d'un temps préliminaire indispensable au succès de l'entreprise; il avait pour but de replacer dans la vessie elle-même l'orifice de celui des uretères qui s'ouvrait dans le vagin. Ce temps fut exécuté à l'aide d'une chaîne d'écraseur introduite, au moyen d'une aiguille, dans le canal de l'uretère.

« Après avoir parcouru un trajet de 0^m,01 environ, l'aiguille fut poussée dans la vessie, et je pratiquai alors à l'aide de la chaîne la section de la paroi supérieure de l'uretère dans l'étendue de 0^m,01.

« Je fis cette manœuvre sans crainte, m'étant plusieurs fois assuré avec un stylet du trajet parcouru par l'uretère dans l'épaisseur de la paroi vaginale elle-même.

« Le 26 décembre, j'exécutai l'opération proprement dite. Elle se composa d'un avivement suivi de l'affrontement des parties, puis de la suture de ces parties avivées.

« L'avivement fut fait d'une part sur la vessie, d'un autre côté sur la partie antérieure de la paroi du vagin.

« Sur la vessie, j'avivai le prolapsus lui-même à une distance de la lèvres postérieure de la fistule, suffisante pour qu'entre cette partie avivée et la lèvres postérieure de la fistule, il y ait assez pour combler toute la fistule.

« La muqueuse vésicale elle-même fit les frais de l'avivement, lequel se présenta sous la forme d'une bande transversalement dirigée de 0^m,01 environ de longueur, et allant de l'un à l'autre des angles latéraux de la fistule. Les parties avivées furent mises en présence, et le contact fut maintenu à l'aide de onze points de suture métallique, huit jours après j'enlevai ces fils.

« C'est le résultat de cette opération faite il y a deux mois que je vais décrire maintenant.

« La perforation a été comblée entièrement par l'opération. Tous les points de suture avaient tenu.

« Mais je tiens à dire quels sont mes regrets de n'avoir pas fait pour le second uretère ce que j'avais fait pour le premier. Le premier, en effet, celui dont j'ai déplacé l'ouverture dans le temps préliminaire de l'opération, fonctionne comme il doit le faire; mais le second, celui dont l'ouverture était placée sur le triangle de la lèvres postérieure avec la paroi latérale, celui-là n'a pas été ramené dans la vessie, il s'ouvre encore aujourd'hui dans le vagin. Je me propose, dans peu de jours, de faire une tentative dans le but d'achever la guérison.

« Pour terminer ce qui a trait au manuel opératoire, je dois rappeler que, pendant le cours de l'opération, je dus pratiquer un débridement sur le vagin afin de permettre à la partie antérieure de ce conduit d'aller rejoindre un angle de la paroi vésicale avivée.

« L'examen actuel de la malade démontre que le lambeau vésical que comble la perforation est épais, résistant, légèrement proéminent dans le vagin, où il forme un relief de couleur plus foncée que le reste de la paroi vaginale. Cet examen serait incomplet si je ne le faisais suivre de celui de la cavité vésicale. Incontestablement la capacité du réservoir de l'urine est amoindrie chez cette femme, puisqu'on lui a soustrait une partie de la paroi que limite sa surface. Mais le rapport de cette partie utilisée, à la confection du vagin, au reste de la paroi vésicale, n'était pas de nature à inspirer de crainte sur ce point. Et, en effet, une sonde de femme introduite dans la vessie se meut librement et avec beaucoup d'aisance dans la nouvelle cavité; à ce point de vue, je n'accorde pas d'importance à ce fait que la malade retient ses urines pendant plus d'une heure lorsqu'elle est couchée, car on en doit pas oublier que chez elle le col de la vessie fait défaut. Il avait disparu, en effet, avec le bas-fond de cet organe, et l'avivement que je pratiquai sur le vagin le jour de l'opération arrivait presque à la vulve.

« Tel est le résumé de ce fait qui démontre la possibilité de restaurer le vagin par la voie que j'ai indiquée; et, bien qu'il me reste, pour achever la cure, de remédier au petit orifice qui existe encore aujourd'hui, je n'hésite pas à penser que ce procédé trouvera des indications plus précises dans des cas moins compliqués que celui que je viens d'exposer (1). »

Mentionnons encore une complication rare et sans doute unique qu'a observée Duboué, et dont la persistance eût rendu inutile toute tentative opératoire. Il s'agissait d'une oblitération complète de l'orifice profond de l'urèthre, survenue peu de temps après la chute de l'eschare qui avait perforé la cloison vésico-vaginale. L'accouchement ayant eu lieu le 19 août 1862, l'oblitération urétrale a été constatée un an plus tard, le 15 juin 1863; il y a donc tout lieu d'admettre avec M. Duboué que cette dernière ait été due à une cicatrisation vicieuse

(1) Lannelongue, *Nouveau procédé de traitement des fistules vésico-vaginales* (Société de chirurgie, 5 mars 1873 et *Gazette des Hôpitaux*, 1873, p. 315).