

condamnée à la privation des rapprochements sexuels; qui éprouve des douleurs continues dans les organes génitaux externes par le passage irritant de l'urine sur des parties enflammées et excoriées, et l'on comprendra tous les efforts de la thérapeutique chirurgicale pour remédier à un état aussi misérable.

**Traitement.** On rattache à cinq méthodes les diverses tentatives faites pour guérir les fistules vésico-vaginales :

1° **Affrontement des lèvres de la fistule.** Chopart et Desault ont proposé d'introduire un tampon de linge ou de charpie dans le vagin, afin de rapprocher l'un de l'autre les bords de la fistule. En distendant le vagin, on exerce une traction sur les extrémités de la perforation, ce qui peut aussi favoriser le rapprochement des lèvres de la solution de continuité. En même temps on place une sonde à demeure dans la vessie pour empêcher l'urine de passer par la fistule. Cette méthode est inefficace, mais elle mérite d'être appliquée au début de la formation des fistules vésico-vaginales.

2° **Cautérisation.** On la pratique avec la pierre infernale ou avec le cautère actuel, en n'omettant pas la précaution de tenir une sonde à demeure dans la vessie. C'est un moyen qui ne réussit que dans les petites fistules. Leroy d'Étiolles père a proposé de faire la cautérisation suivant des lignes disposées comme des rayons autour de la fistule.

3° **Avivement et suture des lèvres de la fistule.** Malagodi (de Bologne) a exécuté cette opération, en 1828, pour une fistule longitudinale : les lèvres de la solution de continuité furent accrochées avec un doigt porté dans la fistule et amenées au dehors ; il réséqua la partie indurée de ces lèvres en se servant d'un bistouri droit, et appliqua ensuite plusieurs points de *suture simple* ; les cautérisations avec la pierre infernale complétaient la guérison. Le professeur P.-J. Roux fut moins heureux en employant la *suture entortillée*. Gerdy proposa de disséquer la muqueuse du vagin de chaque côté de l'ouverture fistuleuse et de réunir les bords des lambeaux par la *suture enchevillée*. Nægele employait la *suture à anse*.

**Méthode américaine.** Elle est fondée sur les principes opératoires suivants : ménager la paroi vésicale, que les instruments ne doivent pas traverser ; aviver largement la paroi vaginale ; faire usage de sutures *métalliques* nombreuses.

La patiente est couchée sur le dos, le bassin très-élevé ; ou bien encore couchée sur le côté, les cuisses fléchies sur le bassin. Backer-Brown veut que l'opérée se tienne sur les coudes et les genoux, ce qui est très-fatigant. Lorsque le vagin est large, il n'est besoin d'aucun artifice pour éclairer ce conduit ; au cas contraire, Sims se sert d'un réflecteur concave qui projette les rayons lumineux sur la paroi vaginale antérieure. Dans le cas où l'utérus est mobile, on l'attire au dehors avec des pinces de Museux, ou avec deux fils qui en traversent le col (Simon de Darmstadt) ; si la matrice n'obéit pas aux tractions, on déprime la paroi postérieure du vagin avec la plaque métallique légèrement courbée en gouttière de Sims et Bozemann, dont le manche est tenu par un aide. Au moyen de longues pinces à dents de souris, de crochets, de bistouris étroits et fins, de ciseaux coudés, on *avive*

les bords de la fistule, dans l'étendue de 1 centimètre sur toute la circonférence, *en n'intéressant que la muqueuse vaginale* (Bozemann), ou bien encore en *entonnoir profond* qui intéresse toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale (Simon). Pour réunir les lèvres de la plaie, on a employé des fils d'argent, de plomb, d'argent doré, de fer recuit, de soie. Quelle que soit la matière des fils, ce qui n'a pas une aussi grande importance que Sims l'a avancé, il faut éviter le tiraillement des lèvres de la solution de continuité, en augmentant le nombre de ces fils, que l'on place à 5 millimètres les uns des autres. On peut, à l'instar de Simon (de Darmstadt), faire deux séries de sutures : l'une composée de fils qui embrassent une assez grande épaisseur de tissus, l'autre formée de fils plus nombreux et moins longs pour maintenir une affrontation plus exacte. Pour passer les fils, on s'est servi d'aiguilles spéciales : *l'aiguille tubulée* de Simpson, celle de Mathieu, etc. Pour fixer les fils, on a employé divers artifices ; si on fait usage de fils métalliques, il est préférable de tordre ceux-ci avec une pince plate ou l'ajusteur ; si on s'est servi de fils de soie, on fait un double nœud. Les portions de fil excédantes sont coupées, et on pratique dans le vagin quelques injections d'eau pour enlever le sang et le mucus. Une sonde à double courbure, en aluminium (Sims), est placée à demeure dans la vessie. Les sutures sont retirées du troisième au douzième jour, avec toute précaution pour ne pas rompre les adhérences, en se servant d'une longue pince et de ciseaux de mêmes dimensions.

La méthode américaine a donné de beaux résultats à Sims, Bozemann, Simpson, Backer-Brown, Hergott, Courty (de Montpellier).

**Rapprochement des bords de la fistule par des instruments spéciaux.** Après avoir avivé les lèvres de la fistule, Lallemand portait à travers l'urètre un instrument en forme de canule pourvu à son extrémité de *crochets*, que l'on fait saillir par un mécanisme spécial dès que la partie correspondante de la canule est arrivée dans la vessie. On engage les crochets à travers la lèvre postérieure de la fistule, qui est ramenée au contact de la lèvre antérieure repoussée vers la lèvre postérieure par un autre mécanisme. Caubet a modifié l'instrument précédent, en lui donnant quatre érignes, ou crochets, au lieu de deux, de façon à traverser chacune des lèvres de la fistule. Laugier a fait usage d'un instrument analogue à celui de Lallemand, applicable à toute espèce de fistule vésico-vaginale, quelle que soit la direction de la solution de continuité ; l'érigne de Lallemand n'étant applicable qu'aux fistules transversales. L'instrument employé par Laugier se place dans le vagin et non dans la vessie.

4° **Autoplastie.** On l'a exécutée de diverses manières :

(a) **AUTOPLASTIE PAR LA MÉTHODE INDIENNE.** Jobert a proposé de tailler un lambeau de forme ovulaire aux dépens d'une des grandes lèvres, de la fesse, ou de ces deux parties à la fois. Le sommet du lambeau est traversé par un fil qu'on ramène par l'urètre au moyen d'une sonde portée à travers ce canal dans le vagin à travers la fistule, de façon à appliquer le lambeau sur toute l'étendue de la perte de substance de la cloison. On réunit les lèvres du lambeau avec celles de la fistule préalablement avivées. Velpeau

préfère exécuter l'opération précédente en deux temps : il taille d'abord le lambeau, qu'il abandonne à la cicatrisation ; plus tard il avive le lambeau et la fistule avec l'ammoniaque, et, au lieu de suture, se contente de soutenir le lambeau contre la perte de substance de la cloison avec de la charpie introduite dans le vagin.

(b) **AUTOPLASTIE PAR LOCOMOTION. PROCÉDÉ DE JOBERT.** Il consiste à pratiquer une incision semi-circulaire et transversale sur la partie antérieure du col de l'utérus, au niveau du cul-de-sac vaginal, afin de permettre à la muqueuse, que l'on dissèque de *bas en haut*, de glisser vers la fistule.

L'opération se compose de six ou même de sept temps : 1° on attire le col utérin en dehors de la vulve en implantant dans l'épaisseur même du col des érignes doubles ; 2° on détache la demi-circonférence antérieure du vagin au niveau de son insertion au col de l'utérus, en décollant la muqueuse vaginale par une dissection lente faite d'avant en arrière, et en agissant contre le col utérin, dont on ne doit pas craindre de diviser les fibres superficielles ; 3° on avive les bords de la fistule ; 4° on passe et on fixe les fils par la *suture entrecoupée* ; 5° une sonde est placée à demeure dans la vessie et changée souvent, parce que des incrustations calcaires formées à l'extrémité de l'instrument par un séjour prolongé en rendraient l'extraction difficile ; 6° un tampon d'amadou, destiné à absorber le sang, est placé dans le vagin pendant vingt-quatre heures ; 7° pour peu que les lèvres réunies de la fistule soient tendues, on pratique dans la muqueuse et dans l'épaisseur même du vagin des incisions parallèles aux lèvres de la fistule.

**AUTOPLASTIE A DOUBLE LAMBEAU. PROCÉDÉ DE COLLIS (DE DUBLIN) ET DE DUBOÛÉ (DE PAU).** On taille deux petits lambeaux, aux dépens du vagin, sur les côtés opposés de la fistule, on les affronte par leur surface cruenta et on les maintient dans cette situation par la suture entortillée ou enchevillée.

5° **Oblitération du vagin. Méthode de Vidal (de Cassis).** Elle consiste à faire du vagin et de la vessie une seule cavité, en oblitérant la vulve par l'avivement et la suture enchevillée. Le vagin sert de réceptacle à l'urine et les règles devront être expulsées par l'urètre. L'opération a échoué entre les mains de son inventeur ; A. Bérard, Lenoir, Velpeau, n'ont pas réussi non plus ; mais plus récemment Backer-Brown, Simon (de Darmstadt), Wernher, Rozer, ont été plus heureux.

**Fistules vésico-utéro-vaginales superficielles. Procédé de Jobert.** On commence par abaisser la paroi postérieure du vagin, et l'on fixe les lèvres de la fistule avec des pinces à dents. Une petite coche est faite sur le milieu de la longueur du bord représenté par la cloison. Le tranchant d'un bistouri boutonné est porté dans cette rainure et promené ensuite à droite et à gauche, afin de tailler deux espèces de rubans aux dépens des bords de la cloison. On ravive ensuite la face antérieure du col. La pointe d'un bistouri droit en entame la superficie, de façon à emporter une espèce de lame qui comprend la membrane de nouvelle formation et une couche du tissu propre de l'utérus. On rapproche ensuite les surfaces les unes des autres, et on les maintient en contact par la suture ; les fils traversent

d'abord toute l'épaisseur de la cloison à l'aide d'un porte-aiguille. Dès que l'aiguille est dégagée, elle est portée sur la face antérieure du col de l'utérus, dont elle comprend dans sa courbure une certaine épaisseur du tissu propre. Les fils doivent être larges, bien cirés et convenablement serrés.

**VIII. FISTULES VÉSICO-UTÉRINES.** Ces fistules font communiquer la cavité vésicale avec la cavité du col de l'utérus. Il en existe une variété dont A. Bérard a rapporté un exemple unique jusqu'ici : c'était une communication établie entre l'utérus et l'uretère gauche (*fistule uretéro-utérine*).

**Anatomie pathologique.** L'orifice supérieur de la fistule correspond à l'un des points du trigone vésical ; l'orifice inférieur se termine à la partie moyenne de la lèvre antérieure du col, de façon que l'urine tombe dans la cavité du col ; quelquefois il se confond avec l'orifice du museau de tanche. Le trajet compris entre les deux ouvertures varie, en longueur, de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. Le col de l'utérus peut être intact, mais le plus souvent ses lèvres présentent des déchirures ; le tissu en est parfois ramolli au point de se rompre avec la plus grande facilité.

**Causes.** C'est presque toujours à la suite d'un accouchement laborieux, pendant lequel le col de l'utérus a été comprimé entre la tête du fœtus et la ceinture osseuse du bassin, que ces fistules se produisent. Jobert croit qu'elles peuvent être la conséquence d'une inflammation avec ramollissement et perforation de la cloison utéro-vésicale déterminée par la présence d'une éponge ou de tout autre corps laissé à demeure dans la cavité du col.

**Symptômes.** La sortie continuelle et involontaire de l'urine par la vulve, l'absence de l'écoulement de ce liquide par l'urètre, indiquent une perforation du bas-fond de la vessie. C'est par le toucher vaginal qu'on constate l'intégrité de la cloison vésico-vaginale ; l'examen au spéculum conduit au même résultat et, de plus, permet de reconnaître que le museau de tanche est en partie détruit et remplacé par de petits tubercules de tissu inodulaire qui circonscrivent un orifice irrégulier, vertical, oblique ou transversal, par lequel s'écoule l'urine. Quelquefois on découvre l'orifice fistuleux lui-même au niveau de la lèvre antérieure du col ; d'autres fois, il est impossible de l'apercevoir. S'il restait des doutes sur le siège de la fistule, on injecterait dans la vessie un liquide coloré, qui ne tarde pas à apparaître à l'orifice utérin, en cas de fistule vésico-utérine.

**Traitement.** Ici, comme pour les fistules vésico-vaginales, le tamponnement et la cautérisation sont tout à fait insuffisants. Jobert a réussi avec une autoplastie, et il l'a exécutée par deux procédés. Dans le premier de ces procédés, on oblitère la fistule sans intéresser la cavité du col ; dans le second, l'avivement porte à la fois sur l'orifice de la fistule et sur l'orifice du col, de telle façon qu'on interrompt toute communication entre l'utérus et le vagin.

**Premier procédé.** On commence par agrandir, à droite et à gauche, le col de l'utérus dans le sens des commissures. On continue les incisions latérales en haut, en intéressant le vagin. Dès qu'on est arrivé sur l'ouverture vésicale de la fistule, le museau de tanche est relevé et l'on pratique