

s'assurer de l'état des parties, on compromettrait le succès de la réunion, ce qui est déjà arrivé, surtout après la cautérisation ; on pourra ôter le huitième jour les deux ligatures placées aux deux angles de la plaie, et deux ou trois jours plus tard on couperait les autres. En général, pour les fistules les plus étendues, trois ligatures suffisent, bien rarement on en met plus de quatre ; de long ciseaux à lames très étroites et à pointes mousses, coupent les fils, et pour en débarrasser les parties, on les saisit avec une pince, ce qui se fait ordinairement avec facilité.

Le procédé que nous venons de décrire pour remédier aux fistules transversales et obliques, sur lesquelles la cautérisation n'aurait pas réussi, est également applicable aux fistules longitudinales, si, pour réunir leurs bords, on préférerait la suture à points séparés à la suture du pelletier au moyen de notre aiguille en spirale.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que les instruments et les modifications que nous proposons, ont l'avantage de rendre plus faciles, plus prompts, et toujours praticables, l'avivement et la réunion des bords de toutes les fistules vagino-vésicales, quelle que soit leur forme, leur étendue et leur situation. En effet :

1° L'avivement des fistules transversales et obliques, qui est le temps le plus long et le plus difficile de l'opération, se fait facilement et assez vite, soit

au moyen de notre couteau à lame verticale et à deux tranchants qui prennent la direction que l'on veut, soit avec notre pince tranchante, dont les mords mobiles sont disposés de manière à couper d'arrière en avant, d'avant en arrière, de droite à gauche et obliquement.

2° La réunion des bords s'opère également avec facilité, avec le secours de notre aiguille en spirale, dans les fistules longitudinales, et avec nos deux aiguilles à tige et à manche recourbés qui sont terminées par un petit fer de lance, qui peut se placer sur les bords de toutes les fistules vaginales quelle que soit leur direction.

3° Notre pince qui est destinée à soutenir les bords de la plaie pendant leur avivement par l'instrument tranchant et leur perforation par les aiguilles, est applicable également dans toutes les directions, et notamment pour saisir la lèvre antérieure des fistules transversales et obliques, ce qui était impossible au moyen de toutes les autres pinces. Enfin nous ajouterons que notre cautère actuel mobile et coudé et notre porte-nitrate d'argent, ayant la même forme, rendent plus facile et plus commode la cautérisation par laquelle on doit toujours commencer le traitement des fistules vaginales communiquant avec la vessie ou le rectum.

DU RAPPROCHEMENT DES BORDS DES FISTULES VAGINO-VÉSICALES, AU MOYEN D'INSTRUMENTS PARTICULIERS ET SANS LE SECOURS DE LA SUTURE.

En 1826, M. le professeur *Lallemand*, cherchant à combiner la réunion immédiate de la plaie, avec la cautérisation préalable de ses bords, eut recours aux moyens suivants :

D'abord, il cautérisa, jusqu'à ce que les lèvres de la fistule fussent modérément enflammées, au moyen du nitrate d'argent fixé sur une bague portée sur le doigt indicateur; puis il introduisit dans la vessie par l'urètre une sonde d'argent appelée *sonde airigne* qui a pour but de procurer un écoulement à l'urine, et qui contient dans sa cavité des crochets recourbés, et mus par une vis placée également dans l'intérieur de l'instrument, de manière à sortir à volonté par les yeux de la sonde pour aller s'implanter dans la lèvre postérieure de la fistule à six lignes au-delà de son bord. Un doigt porté dans le vagin, servit à soutenir la paroi antérieure de ce canal, l'empêcha de fuir et facilita la pénétration des crochets. Lorsque ceux-ci eurent saisi solidement la cloison vésico-vaginale, une plaque d'argent qu'un ressort à boudin poussait avec force vers le bec de la sonde et qui avait été maintenue jusque-là à son pavillon, fut abandonnée à

elle-même. Une couche épaisse de charpie placée au-devant du méat urinaire, reçut l'effort de la plaque qui refoulait en arrière le canal de l'urètre et le bord antérieur de la fistule, tandis que la lèvre postérieure était attirée en avant par les crochets dont il a été question. L'ingénieux et savant auteur du procédé et de l'appareil qui viennent d'être décrits, a publié une observation d'une fistule vésico-vaginale ancienne qui fut guérie par leur application; mais il paraîtrait d'après M. le professeur *Velpeau* (1) que le succès ne s'est pas soutenu, et que la malade ainsi que quelques autres opérées de la même manière, ont vu leur infirmité se reproduire comme avant l'opération. On ne peut rien conclure d'ailleurs des résultats satisfaisants qui furent d'abord obtenus; car comme l'opération avait été commencée et finie par la cautérisation, il pourrait très bien se faire qu'en réalité les premières réussites fussent dues à ce moyen qui compte un assez grand nombre d'exemples de guérison complète. Nous ajouterons encore que d'autres tentatives faites avec l'appareil de M. *Lallemand*, ainsi que celle dont nous avons été témoin en 1829 à l'hôpital Beaujon, n'ont pas donné les résultats heureux qu'on s'était d'abord promis.

L'illustre *Dupuytren* a mis en usage avec suc-

(1) Médecine opératoire, tome III, page 654.

cès un instrument consistant dans une grosse sonde de femme qui présente sur ses côtés deux onglets s'ouvrant comme deux ailes ou se fermant tout à fait, selon que l'on tire ou qu'on pousse une tige centrale flexible et chargée de la faire mouvoir. Lorsque l'instrument fermé est introduit dans la vessie, on écarte et l'on fixe les onglets mobiles au moyen de la tige centrale, puis on le ramène à soi comme si on voulait le retirer disposé comme nous venons de l'indiquer. Les onglets restés écartés empêchent que la sonde ne s'engage dans l'urètre, mais ils ramènent en avant la lèvre postérieure de la fistule, en même temps qu'on opère le refoulement en arrière de l'urètre et de la lèvre antérieure, au moyen d'un tampon de charpie ou de linge, placé entre le méat urinaire et la plaque externe de l'instrument. Ce procédé, qui a l'avantage de ne perforer ni le vagin ni la vessie, ne nous semble pas susceptible de pouvoir rapprocher parfaitement les bords de la fistule, et il est probable que les succès qui ont suivi son emploi sont dus à la cautérisation dont il peut devenir un accessoire utile.

M. *Laugier* a inventé une pince airigne qui est destinée à rapprocher les bords de toutes les fistules, et qui, à l'opposé de celle de M. *Lallemand*, agit du vagin à la vessie en changeant la direction de ses crochets, selon que la perforation est transversale ou longitudinale. Dans le premier cas, la pince airigne présente deux branches parallèles qui peuvent glisser

l'une sur l'autre et être séparées, et qui sont terminées à leur extrémité saisissante par un double crochet destiné à s'implanter dans les bords postérieur et antérieur de la fistule. Lorsque les parties sont saisies, un mécanisme assez simple rapproche les crochets opposés de manière à affronter les lèvres de la solution de continuité. Dans les fistules longitudinales, il faut que les deux crochets de chaque griffe soient parallèles à l'axe du corps, et l'extrémité qui les supporte, coudée sur le bord. Enfin, la pince devrait avoir des branches plus ou moins courbées, si la fistule avait une direction oblique. Lorsque la coaptation des parties est opérée, on maintient le tout avec de la charpie disposée dans l'intérieur du vagin. Le procédé de M. *Laugier*, qu'on nous a dit avoir été depuis peu employé par lui-même sans succès, présente comme les autres des inconvénients qui ont été parfaitement signalés par M. *Velpeau*, et que nous nous abstenons de reproduire pour ne pas dépasser les limites que nous avons peut-être déjà franchies. C'est également pour cette raison que nous ne décrivons pas le procédé et les instruments que le docteur *Dufresne-Chassagne* a proposés dans la thèse qu'il a soutenue à la faculté de Paris, le 30 janvier 1834, et que l'on pourra consulter avec fruit.

Il nous reste à parler des instruments inventés par M. *Récamier*, et qui nous ont été montrés par cet habile et célèbre praticien. L'un de ces instru-

ments, destiné à l'avivement des bords de la fistule, présente deux tiges qui glissent l'une sur l'autre. La plus grande de ces tiges, creusée dans toute sa longueur, est terminée à son extrémité vésicale par une petite plaque carrée et se recourbant supérieurement à angle droit, de manière à s'appliquer contre une des lèvres de la perforation vagino-vésicale, et à l'aviver au moyen d'une section faite par une petite lame tranchante qui se trouve à l'extrémité de la tige pleine, glissant dans la première. Un autre instrument qui diffère peu du précédent, est employé pour la section de l'autre bord. Lorsque ce temps de l'opération est achevé, une sorte de petit forceps d'acier, terminé par plusieurs griffes d'argent, est destiné à réunir les bords de la fistule, au moyen du rapprochement des deux branches de l'instrument. Quoique ces divers moyens proposés par M. *Récamier* soient très ingénieux, nous pensons qu'ayant été faits pour un cas particulier de fistule longitudinale, ils auraient besoin de plusieurs modifications, pour être applicables, dans les cas de fistules obliques et transversales.

Nous terminerons ce que nous avons à dire sur le traitement chirurgical des fistules vagino-vésicales en ajoutant, que pour suppléer aux airignes qui ne s'appliquent que difficilement dans les fistules longitudinales, on pourrait dans ce cas se servir d'une aiguille en spirale comme celle dont nous avons déjà

parlé, avec cette différence qu'elle devrait être sans canelure et faite sur les dimensions de la fistule, afin qu'une fois placée, elle puisse rester à demeure et maintenir rapprochés les bords de la plaie, beaucoup mieux qu'avec toutes les sondes et les pinces airignes. Le fer de lance qui termine l'aiguille doit être retiré lorsque cette dernière est fixée à la cloison vagino-vésicale, et quand l'opérateur croit que la consolidation, est suffisante; il ajuste de nouveau le manche qui avait été également retiré et qui avait servi à placer l'instrument, puis il dégage l'aiguille proprement dite, par des mouvements de rotation sur elle-même, et en suivant une marche inverse à celle qu'on lui avait imprimée pour la fixer sur les lèvres de la fistule.

Quelque soit le procédé employé pour le traitement des fistules vaginales, on maintiendra dans la vessie une sonde, et on joindra à ce moyen la compression abdominale, une position convenable donnée à la femme, enfin tout ce qui peut favoriser la coaptation des parties et l'écoulement de l'urine par le canal de l'urètre.

Enfin, nous avons encore à parler d'un moyen que M. *Jobert de Lamballe* semble avoir appliqué avec succès, c'est l'obturation d'une fistule peu profonde dans le vagin, au moyen d'un lambeau pris sur la face interne d'une des grandes lèvres par une dissection faite avec soin, puis renversé d'avant en

arrière et maintenu sur la perforation anormale, avec des points de suture.

Voyant échouer presque tous les moyens chirurgicaux employés pour le traitement des fistules vagino-vésicales, un de nos jeunes praticiens des plus distingués, M. *Vidal*, de Cassis, a eu l'idée d'oblitérer le vagin pour en faire un annexe de la vessie et une sorte de bas fond de cet organe. Ce moyen, qui a été employé par son auteur, le 5 juillet 1834, à l'hôpital des vénériens, sur une femme dont la cloison vagino-vésicale était largement perforée avec grande perte de substance, s'exécute au moyen de deux fortes aiguilles droites, qui sont montées sur un petit manche d'ébène, et dont l'extrémité perforante, disposée en forme de lance, présente à son centre un chas assez grand pour recevoir un fil double. Après avoir avivé toute la circonférence de l'orifice vaginal, une des aiguilles est enfoncée à trois lignes de la surface sanglante, un peu en dedans de la petite lèvre droite, et aussitôt que la lance fait saillie dans le vagin, on saisit avec une pince à disséquer l'anse du fil double qui doit être retenue par un aide, pendant qu'on retire l'aiguille en lui faisant suivre le trajet qu'elle a parcouru pour parvenir dans le vagin. Alors l'autre aiguille est introduite de la même manière que la première, mais du côté opposé et un peu en dedans de la nymphe gauche, puis, lorsque le fil est saisi comme nous l'avons indiqué plus haut,

l'instrument perforant est retiré dépourvu de sa ligature, ainsi qu'on l'a fait pour le côté droit.

Les deux aiguilles étant retirées, il reste deux anses de fil à l'orifice du vagin; l'anse gauche doit être passée dans la droite, de telle sorte qu'en tirant en dehors sur le double fil qui forme cette dernière anse, on entraîne l'autre avec les fils qui la suivent. Il résulte de cela que la double ligature du côté droit se trouve alors tout à fait en dehors, tandis que le double fil du côté gauche parcourt le trajet qu'ont suivi les deux aiguilles, afin de servir tout seul à opérer la réunion des bords de la plaie. Si l'on veut faire la suture enchevillée, il suffit d'écartier les deux fils, pour interposer entre eux et les porter, une portion de sonde ou un bout de plume; dans le cas où l'on préférerait la suture simple, on n'aurait qu'à croiser les fils et à les nouer.

L'oblitération vaginale tentée par M. *Vidal*, d'après le procédé que nous venons de décrire, n'a pas été suivie d'un succès complet. La réunion des parties s'était parfaitement effectuée, la cicatrisation marchait rapidement, les urines sortaient en totalité par la sonde introduite dans la vessie, et tout présageait une réussite, lorsque l'interne attaché au service de M. *Vidal*, rompit la cicatrice déjà très avancée, parce que la malade se plaignait de douleurs siégeant au-delà de l'obturation vaginale. Il est fâcheux que cette tentative, aussi nouvelle qu'ingénieuse, n'ait

pu être suivie du résultat que d'abord tout semblait faire espérer.

Lors même qu'elle a pour but de remédier à une infirmité dégoûtante qui est le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, nous craignons que l'obturation vaginale proposée par M. *Vidal* ne soit que bien rarement employée, parce que, en supposant qu'on ne pourrait pas lui reprocher de présenter divers inconvénients qui probablement résulteraient de l'action de l'urine sur les parois du vagin, elle aurait l'inconvénient de s'opposer à l'écoulement des règles qui ne pourrait s'effectuer qu'à travers le méat urinaire, et serait de plus un obstacle absolu aux rapprochements sexuels. Si ce moyen était essayé sur des femmes avancées en âge, la plupart des objections n'existeraient plus et par conséquent les chances de succès seraient beaucoup plus nombreuses. Quoi qu'il en soit, la suture faite par le procédé que nous venons de faire connaître est extrêmement simple et facile; nous la regardons comme étant très avantageuse pour la réunion des tissus très épais et présentant de larges surfaces, comme cela arrive pour la suture du périnée qui a été pratiquée deux fois avec succès par M. *Vidal*.

DES FISTULES RECTO-VAGINALES.

On entend par fistules recto-vaginales, les perfo-

rations qui établissent une communication à travers la paroi postérieure du vagin et la paroi antérieure du rectum.

Ces sortes de fistules qui sont presque toujours longitudinales, sont le plus souvent le résultat de déchirures, de contusions produites pendant le travail de l'accouchement soit par la tête du fœtus, soit par les branches du forceps. Ces solutions de continuités peuvent être également causées par une ulcération cancéreuse, ou syphilitique siégeant sur la cloison recto-vaginale, par la présence d'un lipôme ou d'une autre tumeur arrivés à un état inflammatoire qui a déterminé la formation d'un abcès communiquant avec le rectum; enfin elles peuvent être produites par des corps anguleux introduits accidentellement dans le rectum ou le vagin, et surtout par l'action des pessaires sur la paroi postérieure de ce canal.

Plusieurs faits authentiques prouvent que les communications du vagin au rectum peuvent être quelquefois congéniales; *Barbaut* (1), M. le professeur *Orfila* (2) en citent des exemples. Le célèbre *Dupuytren* (3) parle d'une observation faite par M. *Lépine*, qui vit une petite fille de six jours dont

(1) Cours d'accouchement page 59.

(2) Médecine légale, tom. I page 150.

(3) Dictionnaire de médecine et de chirurg. prat. t. III, page 121.