

porte une cure complète obtenue de cette manière chez une dame affectée d'une fistule vagino-vésicale, survenue à la suite d'un accouchement laborieux. D'après cet auteur célèbre, la guérison fut obtenue après un traitement de huit mois, qui consista simplement dans l'usage de quelques purgatifs et de frictions sur les lombes, mais surtout dans l'emploi fréquent d'injections composées d'une décoction d'orge, de pepins de coings et de semences de fenu grec, à laquelle il faisait ajouter de l'huile d'amandes douces et du miel rosat. Voici du reste, le passage le plus important de cette curieuse observation : « *Illa autem continuo usa medicamentis (ut dixi) « conglutinantibus, et per intervalla etiam purgan-* « *tibus, intra menses octo, non sine admiratione* « *omnium eorum quibus res cognita plane curata* « *fuit, adeo ut nunc Dei optimi maximâ gratiâ ne* « *guttula quidem urinæ involuntariæ affluat, sed à* « *vesicâ colligatur, retineatur et excernatur non* « *aliter ac si antea nunquam male affecta fuisset.* »

## DU TAMPONNEMENT ET DE LA MÉTHODE

## DE DESAULT,

Dans le but d'obturer la fistule et de repousser en même temps sa lèvre antérieure contre la postérieure en mettant le plus possible ses bords opposés en contact pour obtenir leur cicatrisation, on a eu re-

cours à l'emploi d'un tampon de linge cylindrique et volumineux qui était introduit et maintenu dans le vagin. Ce moyen qui a d'abord été mis en usage par *Fabrice de Hilden* (1), *Hilscher* (2), *Paletta* (3), et enfin par *Desault* qui lui associa la sonde déjà proposée par *Schulzius* (4) et employée par *Boudon* (5) et *J. Paletta* (6), semble avoir réussi quelquefois, surtout dans le traitement des fistules urétrales, et de celles de la vessie qui étaient récentes, peu étendues et présentaient une ouverture transversale. Dans les cas plus graves, l'emploi du tampon vaginal est presque toujours infructueux, et échoue malgré la patience des malades et l'habileté des praticiens.

Cette méthode, qui, outre l'inconvénient d'atteindre rarement le but qu'on se propose, a encore celui d'exiger une application prolongée de six à dix mois, est décrite par *Desault* de la manière suivante :

Ce célèbre chirurgien conseille dans son traité des maladies urinaires, d'introduire dans la vessie une sonde de gros calibre et présentant des yeux large-

(1) Opera omnia. centurie I observ. 68

(2) Chirurg. de *Haller*, tome III, § 599.

(3) Chirurgie. deuxième partie (loco citato.)

(4) Deuxième supplément aux œuvres de *Frédéric Hoffmann*.(5) Traité des accouch., conten. des observ. import. par *Nicolas Puzos*, page 138.

(6) Chirurg. (loco citato).

ment ouverts, et de fixer cet instrument dans la cavité de la poche urinaire au moyen d'une machine « en forme de brayer dont le cercle assez long pour « embrasser la partie supérieure du bassin supporte « à sa partie moyenne une plaque ovalaire qui doit « être placée sur le pubis. Au milieu de cette plaque « est une coulisse dans laquelle glisse une tige « d'argent recourbée de manière qu'une de ses extré- « mités percée d'un trou tombe au-dessus de la « vulve au niveau du méat urinaire. Cette tige peut « être fixée sur la plaque au moyen d'un écrou. » Lorsque tout était disposé comme nous venons de le dire, on faisait passer l'extrémité de la sonde dans l'ouverture de la tige se rendant à la coulisse.

Cette sorte de brayer imaginé par *Desault* était préférable au double bandage en T sur lequel on fixait les rubans portés par l'extrémité externe de la sonde et attachés ensuite aux poils de la vulve.

Les lèvres de la perforation vagino-vésicale, étaient ensuite rapprochées autant que possible, au moyen d'un tampon de linge, introduit dans le vagin et poussé de dehors en dedans, de telle sorte que l'ouverture fistuleuse devait être ainsi tout à fait obturée, et se trouver en même temps réduite à une fente transversale.

Cette méthode, la seule dont s'occupe le professeur *Boyer*, et qu'on ne doit, comme nous l'avons prouvé, attribuer à *Desault* que sous le rapport

du brayer, a été employée plusieurs fois avec succès par ce grand chirurgien, qui ne cite cependant qu'une seule observation, où il est question d'une femme qui *paraît avoir été guérie*. Comme pour obtenir quelques résultats, l'emploi permanent du tampon et de la sonde, ont nécessité des mois et même des années, nous pensons que les cures qu'on a supposées être le résultat de l'emploi de ces moyens, auraient eu lieu presque toujours spontanément ou du moins avec le seul secours d'une sonde maintenue dans la vessie.

Quoique nous rejetions en général la méthode indiquée par *Desault*, nous croyons que dans les cas de fistules parfaitement transversales, elle pourrait souvent être employée avec avantage, si on y apportait les modifications que nous allons signaler.

D'abord, avant d'introduire un tampon dans le vagin, il faudrait, pour mettre la plaie dans les meilleures conditions possibles, en cautériser les bords cicatrisés isolément, ayant soin d'agir principalement sur les angles par où commence toujours l'agglutination.

Dans le cas où les bords de la fistule seraient très écartés, c'est-à-dire si cette dernière était très large et d'une forme presque arrondie, au lieu de recourir à la cautérisation on devrait pour donner autant que possible à la perforation ovalaire la forme d'une

boutonnière qui est la plus propre à la réunion, on devrait, disons-nous d'abord, l'agrandir un peu dans le sens de son plus grand diamètre au moyen d'une petite incision d'une demi ligne ou d'une ligne de chaque côté, puis rafraîchir les lèvres de l'ouverture, comme nous l'indiquerons bientôt en parlant des autres méthodes.

Le tampon introduit dans le vagin serait une sorte de pessaire en gomme élastique, de forme conoïde et à base supérieure dont la circonférence ne se prolongerait que jusqu'à cinq ou six lignes de manière à refouler postérieurement les bords antérieurs de cette dernière, au moyen de la tension transversale qui serait produite dans le sens du plus grand diamètre de la solution de continuité; enfin le refoulement en avant, ou plutôt le rapprochement de la lèvre postérieure serait facilité par le poids de la matrice rendue un peu procidente au moyen de la position presque assise donnée à la femme et avec l'aide d'un bandage de corps qui serait également destiné à fixer la sonde et le pessaire.

#### DE LA CAUTÉRISATION.

Quoique paraissant d'abord n'être propre qu'à augmenter la perte de substance et l'étendue de la perforation, la cautérisation, employée avec succès par

*Monteggia* (1), et après lui par *Dupuytren*, constitue cependant une des meilleures méthodes de traitement que l'art puisse opposer aux fistules vésico-vaginales. Ce moyen, dont les heureux effets sont surtout remarquables lorsque la perforation est peu étendue, est digne de toute l'attention des praticiens, mais pour le voir couronner de succès, il faut savoir l'appliquer convenablement et d'après certaines règles que nous ferons bientôt connaître.

La cautérisation ne doit être pratiquée qu'avec le cautére actuel, ou le nitrate d'argent, et l'on doit toujours rejeter comme inefficaces et même nuisibles, le nitrate acide de mercure et les acides concentrés qui avaient d'abord été employés par le professeur *Dupuytren*. Le nitrate d'argent est en général préférable, et l'on ne doit recourir au fer incandescent, qui agit plus rapidement et avec plus d'énergie, que lorsque les bords de la fistule sont durs, calleux et difficiles à irriter.

Soit que l'on ait recours à l'un ou l'autre de ces deux derniers modes de cautérisation, il faudra faire prendre à la malade la position que nous avons indiquée pour l'application du speculum, c'est-à-dire qu'elle devra être renversée sur le bord de son lit garni d'alèzes, la tête soutenue par des oreillers, les cuisses fléchies sur le ventre, les jambes sur les cuisses qui seront écartées et maintenues par des aides. Cependant pour

(1) *Maladies chirurgicales*, tome V, page 339.