

remarquables méthodes instituées par Jobert pour guérir les fistules vésico-utéro-vaginales profondes et superficielles.

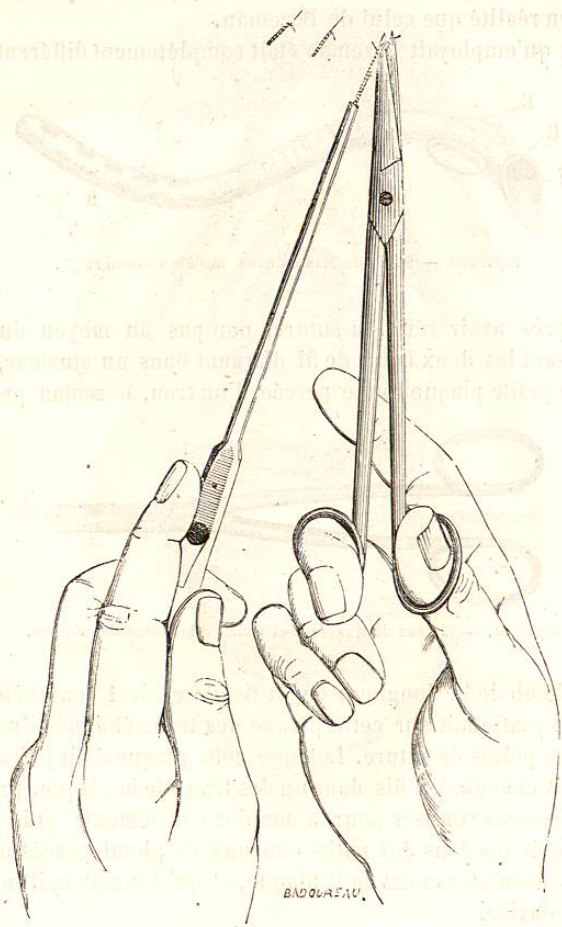


Fig. 302. — Manière d'enlever les fils.

Nous n'entrerons dans aucun détail sur les opérations destinées à lutter contre ce genre de fistule; il suffit de pratiquer l'avivement en entonnoir, et de remplacer les fils de soie par des fils métalliques que l'on passera en beaucoup plus grande quantité. En jetant un coup d'œil sur les figures 303, 304, 305; on se rendra parfaitement compte de ce que nous venons de dire.

La figure 306, qui représente une fistule vésico-utéro-vaginale superficielle avivée et traversée par les fils, et la figure 305 une fistule vésico-utéro-vaginale profonde dans la même condition, font bien voir que l'a-

vivement pratiqué sur la cloison vésico-vaginale et sur le col de l'utérus est semblable à ce que nous avons montré figure 292 pour les fistules vésico-vaginales simples; mais, dans la figure 307, la lèvre postérieure du col de l'utérus et la vessie sont suturées, et l'on peut voir que, sauf un plus grand nombre de fils, cette réunion donne le même résultat que la figure 267, qui représentait un résultat obtenu par Jobert.

L'importation en Europe du procédé américain changea complètement

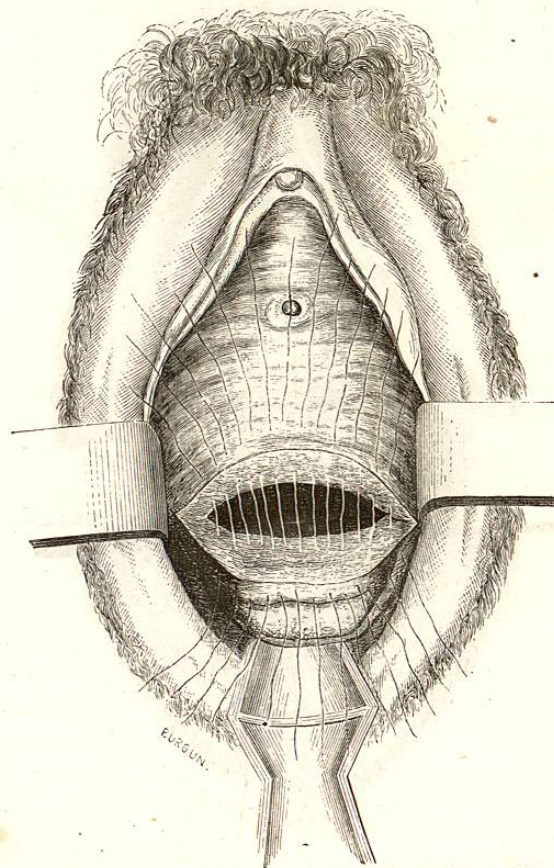


Fig. 303. — Opération de la fistule recto-utéro-vaginale superficielle. (MONTEOS.)

les opinions des chirurgiens français au sujet de la guérison des fistules vésico-vaginales; ce n'était plus la probabilité de guérir les fistules, mais bien la certitude que l'on annonçait, puisque sur 312 cas de fistules urinaires, Sims en avait guéri 260 et amélioré plusieurs autres.

Les chirurgiens français et anglais se mirent vite au travail et cherchèrent à se créer une opinion bien nette sur le nouveau procédé. Verneuil

publia (1) une critique excessivement remarquable des nouveaux procédés : il montra que, en 1834, Gonet (de Londres) avait opéré et guéri une malade par la suture métallique; que Mettauer (de Virginie), en 1830, opérait déjà la fistule vésico-vaginale en se servant de fils de plomb.

Le mouvement tout nouveau que prit la question des fistules vésico-vaginales engagea, G. Simon (de Rostock), en 1862, à faire connaître la suture qu'il employait depuis plusieurs années.

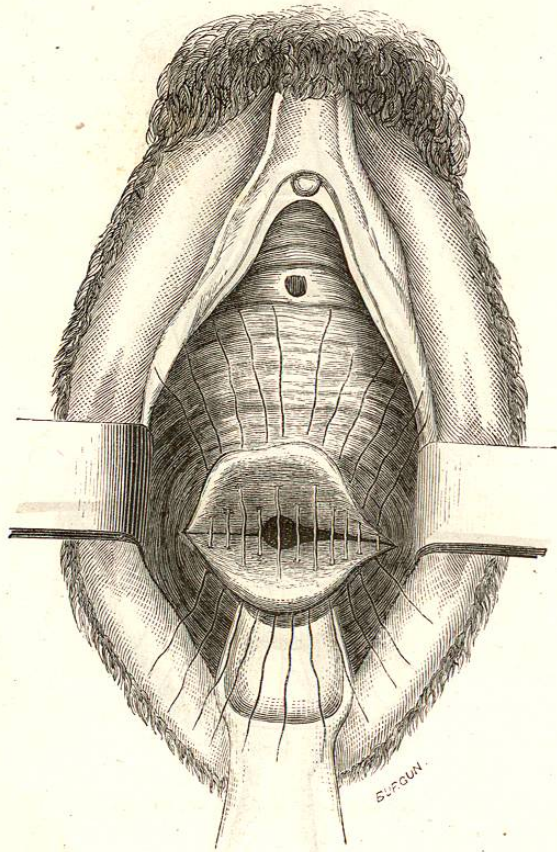


Fig. 304. — Opération de la fistule vésico-utéro-vaginale profonde (*).

Simon place les malades dans une position qu'il appelle *sacro-dorsale*; dans cette position, le sacrum est plus élevé que l'abdomen et la poitrine,

(1) Verneuil, *Des perfectionnements apportés à l'opération de la fistule vésico-vaginale par la chirurgie américaine* (Gazette hebdomadaire, 1859, p. 7, 19, 55).

(*) La lèvre antérieure du col utérin a été complètement détruite; la lèvre postérieure est avivée et réunie avec la cloison vésico-vaginale.

les cuisses sont rabattues du côté de l'abdomen et des parties latérales du thorax.

Pour mettre à jour la fistule, Simon se guide d'après la profondeur de la fistule et d'après l'état de solidité de l'utérus; si la fistule est très-profonde, et que l'utérus soit mobile, il attire, comme Jobert, le col au niveau de la vulve; mais, au lieu de se servir de pince de Museux, il passe

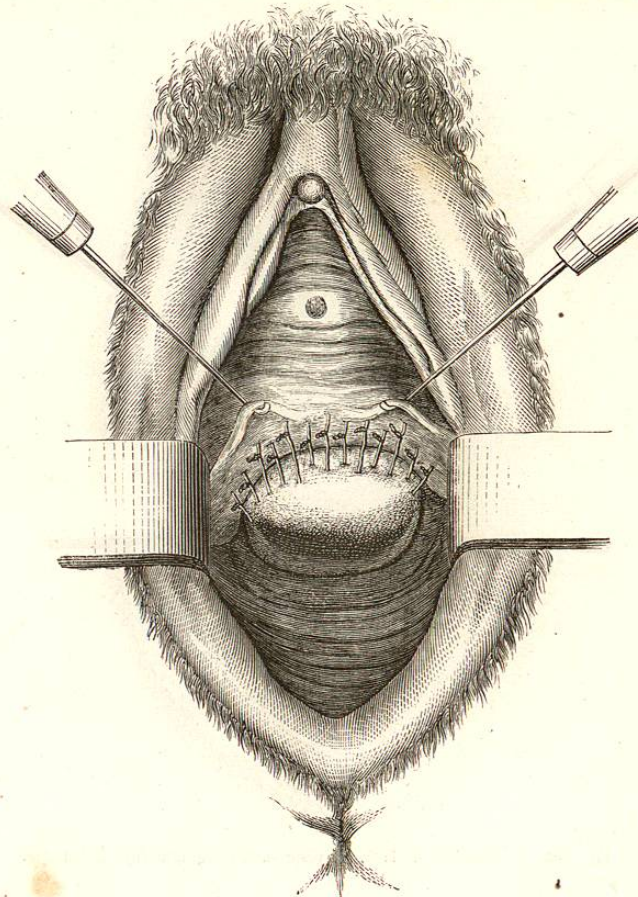


Fig. 305. — Opération de la fistule vésico-vaginale profonde (*).

dans le col deux anses de fil qui lui servent à maintenir l'utérus. Mais si la fistule est peu profonde, et qu'il y ait impossibilité de déplacer l'utérus, Simon emploie le spéculum en gouttière de Sims.

Quant à l'avivement, Simon réunit les procédés de Jobert et de Sims, c'est-à-dire qu'après avoir avivé toute l'épaisseur de la cloison, comme le

(*) La lèvre antérieure du col utérin est avivée et réunie avec la paroi vésico-vaginale.

fait Jobert, il pratique un avivement superficiel de la muqueuse vaginale. Le point auquel Simon attache une grande importance dans l'avivement des fistules est d'enlever complètement tout le tissu inodulaire, soit du côté du vagin, soit sur les bords de la muqueuse vésicale.

Le procédé de Simon, qui a été décrit sous le nom de *méthode allemande*, ne présente rien de nouveau dans la position des malades ni dans la ma-

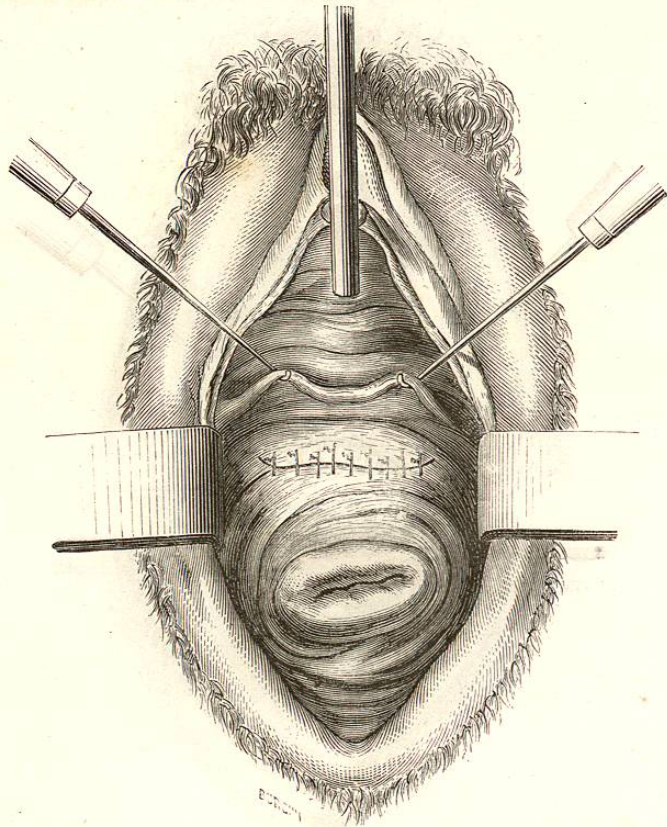


Fig. 306. — Opération de la fistule vésico-utéro-vaginale superficielle (*).

nière de mettre la fistule à découvert, ni dans l'avivement, puisque Simon ne fait que combiner plus ou moins les deux procédés américain et français; mais la réunion des bords rafraîchis est tout à fait différente.

Simon emploie des fils de soie très-fins, bien tendus et lisses; au lieu d'une seule rangée de fils, il en pratique deux. La première, appelée *suture de détension*, saisit les bords excessivement loin: elle a pour but, ainsi que son nom l'indique, d'empêcher la tension des bords de la fistule,

(*) La lèvre antérieure du col utérin est avivée et réunie par les fils avec la paroi vésico-vaginale.

tandis que la seconde, *suture de réunion*, réunit exactement les surfaces avivées. Les fils de la suture de détension doivent être introduits environ à un demi-centimètre des bords. Lorsque cette double suture est terminée, la fistule a l'aspect que nous montre la figure 307.

Dans les fistules vésico-utéro-vaginales superficielles et profondes, Simon avive le bord antérieur formé par la cloison dans une direction

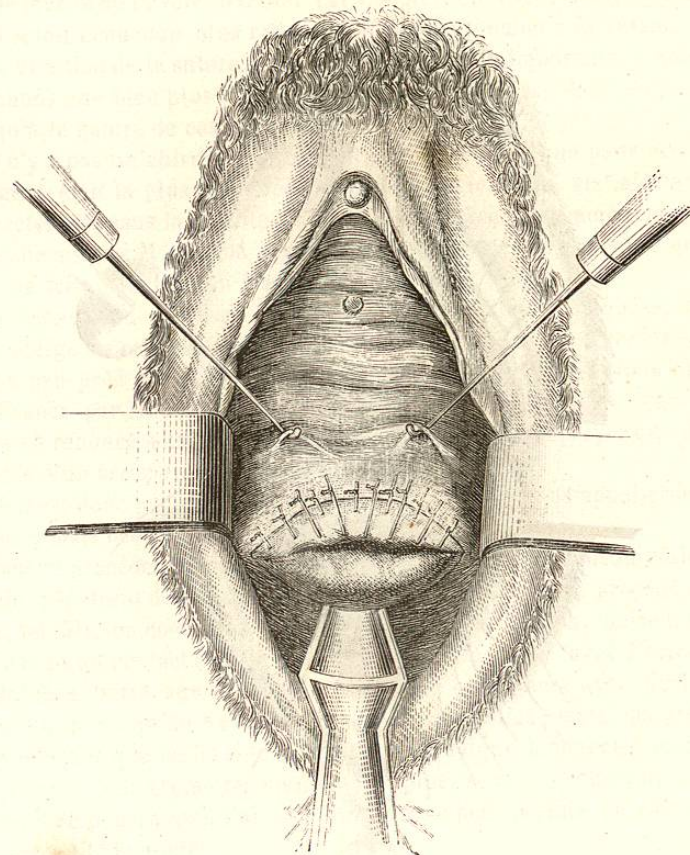


Fig. 307. — Opération de la fistule vésico-vaginale proprement dite. — Réunion des bords de la plaie par la suture.

très-oblique et de bas en haut vers l'orifice vésical. On avive de même la lèvre antérieure ou postérieure du col, qui doit avancer à la rencontre du bord antérieur déjà avivé (fig. 308).

Enfin, au lieu de se servir de la pince coudée de Sims, Simon réunit les fils avec un serre-nœud, qui lui paraît plus facile à manier.

Le procédé de Simon lui a fait obtenir de fort beaux résultats; mais nous consentirons difficilement à décorer du nom de *méthode* ce mélange franco-américain.

D'après l'exposé, aussi complet qu'il nous a été possible de le faire dans un ouvrage de cette nature, des méthodes française et américaine, nous croyons pouvoir passer en revue les avantages qui peuvent faire pencher pour l'une ou pour l'autre.

Lorsque Bozeman est arrivé en France, et qu'il a montré la position dans laquelle il plaçait les malades, le décubitus antérieur avait été ac-

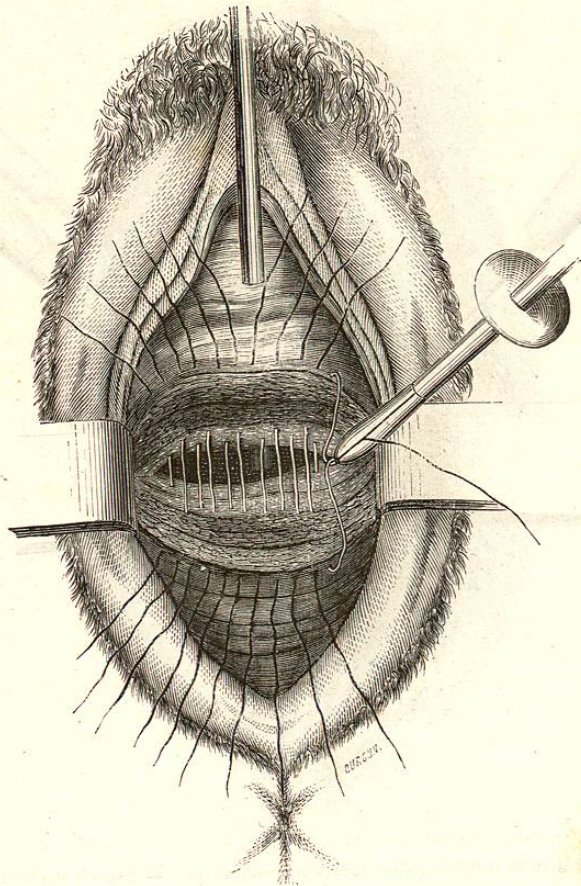


Fig. 308. — Opération pour oblitérer transversalement le vagin dans les grandes pertes de substance de toute la cloison vésico-vaginale. — Manière d'appliquer la suture.

cepté généralement, et nous le comprenons facilement, parce que l'on opère de haut en bas, ce qui est très-commode; de plus, en élevant le spéculum, toute la face inférieure de la vessie est découverte, et surtout on n'a pas à craindre le renversement de la vessie.

Le décubitus latéral de Sims est assez commode; mais malheureusement on est obligé de recourir quelquefois à des leviers latéraux pour mieux

explorer le cul-de-sac vaginal; mais cette position latérale est moins fatigante que le décubitus dorsal, et surtout que la position sur les genoux et les coudes, qui était presque un supplice.

L'avivement en entonnoir a le grand avantage de ne pas augmenter la perte de substance immédiate de la vessie; aussi a-t-on été obligé d'en reconnaître les avantages; seulement nous dirons que les Américains n'ont pas le mérite de l'avoir inventé, car Laugier, en 1828, avait déjà montré qu'il serait beaucoup plus rationnel de ne pas toucher à la vessie.

La question de la suture a pour nous une grande importance; mais nous attachons une bien plus grande influence à la manière dont on passe les fils qu'à la nature de ces fils.

Il n'y a pas un chirurgien qui n'ait souri en lisant que pour Sims le fil d'argent était la plus belle découverte chirurgicale du XIX^e siècle; nous respectons, sans la discuter, l'opinion du chirurgien américain; mais nous dirons que M. Labbé a rapporté (1) quelques expériences qui sont loin de faire conclure en faveur de l'opinion de Sims.

En lisant avec attention les diverses observations consignées, on est bien obligé de reconnaître que les effets produits par les diverses sutures sont à peu près les mêmes. Il est fort probable que les résultats obtenus en France par M. Labbé ont été les mêmes en Angleterre, car Baker Brown a renoncé aux fils métalliques pour ne plus employer que des fils de soie d'un assez gros volume.

Ce n'est donc pas sur la nature même des fils que nous appellerons l'attention, mais beaucoup plus sur la manière de les passer.

Dans le procédé français, les fils, traversant toute la cloison vésico-vaginale, pénètrent donc dans la vessie; tandis que, dans le procédé américain, les fils, ne comprenant que la moitié de la cloison, ne se trouvent nullement en contact avec la vessie, et par cela même avec l'urine. Des recherches faites sur la marche des plaies en contact avec l'urine ont prouvé que le liquide n'empêchait pas la cicatrisation; mais, malgré cela, nous pensons que ce liquide irritant aura quelque tendance à empêcher une réunion par première intention; de plus, si le fil déchire un peu les tissus, il se pourra que, l'urine filtrant par ce petit pertuis, on voie survenir une petite fistulette.

Nous avons vu que Jobert avait posé en principe le décollement du vagin sur le col, pour faciliter le rapprochement des lèvres de la fistule et les incisions libératrices pour empêcher le tiraillement des sutures; le décollement du vagin et les incisions, proscrits dans les nouveaux procédés, ont été défendus par Malgaigne et Richet. Malgaigne (2) a parfaitement prouvé qu'il ne fallait pas hésiter à pratiquer des débridements pour

(1) Léon Labbé, *Quelques réflexions au sujet du traitement des fistules génito-urinaires chez la femme par la méthode française*, thèse inaugurale. Paris, 22 mars 1861.

(2) Malgaigne, *Manuel de médecine opératoire*, 7^e édition. Paris, 1861, p. 768.

remédier aux tiraillements d'une suture, sous peine de violer une des premières indications de la chirurgie.

En résumé, nous croyons que le procédé américain est parfaitement bien combiné ; mais si nous voulons bien chercher la cause de sa grande vogue, nous la trouvons dans l'assurance, que l'on n'a pas craint de nous donner, de toujours réussir ; et nous devons convenir que les chiffres qui nous ont été apportés d'Amérique ne pouvaient que nous confirmer dans cette assurance.

Malgré les beaux succès obtenus en France d'après cette nouvelle méthode, un jeune chirurgien, M. Duboué (de Pau), ancien interne des hôpitaux de Paris, a institué un nouveau procédé autoplastique pour la guérison des fistules vésico-vaginales. Ce procédé, dit *autoplastique* ou à *lambeaux* (1), consiste d'une manière générale : 1° à dédoubler, par une dissection attentive, chacune des deux lèvres opposées de la fistule, tantôt en avant et en arrière, tantôt sur les côtés, suivant la disposition qu'affecte la fistule elle-même ; 2° à écarter de chaque côté les deux surfaces saignantes ainsi obtenues, et à les affronter par des fils métalliques qui embrassent une étendue suffisante de tissus et traversent ceux-ci au niveau de la ligne d'union des pédicules des lambeaux vaginaux avec les lambeaux plus profonds intra-vésicaux ; 3° à maintenir cet affrontement symétrique des tissus à l'aide d'un mode particulier de suture enchevillée qui puisse être laissée longtemps à demeure, sans exposer à la gangrène des lambeaux ni à tout autre inconvénient sérieux. Ajoutons que, dans le cas d'une fistule un peu étendue, dont le grand diamètre, par exemple, dépasse 0^m,03, Duboué ne se borne pas à soulever des lambeaux qui obturent l'ouverture

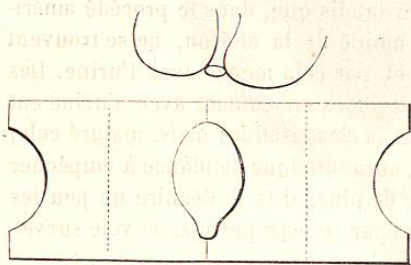


Fig. 309. — Premier temps (*).

accidentelle tout entière, mais qu'il pratique en même temps un avivement simple sur les côtés, de manière à prévenir la persistance de petits pertuis aux deux extrémités de la ligne de réunion.

Pour rendre plus intelligible la description des différents temps de cette opération, nous empruntons à l'auteur quelques-unes des figures qu'il a fait représenter, et dont nous aurons seulement à intervertir l'ordre.

(1) Voyez, pour le détail du procédé et des observations à l'appui, le mémoire de M. Duboué, intitulé : *Mémoire sur l'emploi d'un nouveau procédé autoplastique ou à lambeaux dans l'opération de la fistule vésico-vaginale* (Mém. de la Soc. de chir., 1865, t. VI, fasc. 3, p. 417). — Nous devons à l'obligeance de M. Duboué la communication des figures 309 à 323 et 327.

(*) Simple soulèvement de deux lambeaux latéraux dans le cas d'une fistule avoisinant le col utérin. — La figure représente les lambeaux étalés.

Supposons donc le cas le plus simple, celui d'une fistule de petite dimension, à grand diamètre antéro-postérieur. La figure 309 se rapporte à un cas rapporté dans le travail de Duboué, et permet de saisir, au premier coup d'œil, l'opération qui a été faite. Les lambeaux devant être pris sur les parties latérales de la fistule, on commence par en circonscrire la place par deux incisions transversales tracées au bistouri et situées l'une en avant et l'autre en arrière, à 2 millimètres chacune de la perte de substance. Ces deux lignes une fois tracées, à l'imitation de celles que pratique Verneuil dans l'exécution du procédé américain, on soulève un lambeau de chaque côté, en commençant la dissection par les petits angles qu'on obtient aux deux extrémités du diamètre antéro-postérieur de la fistule. Quant aux lambeaux qu'on a le soin de tailler assez épais pour en assurer la vitalité ultérieure, on leur donne une largeur de 1 centimètre à peu près, et on les laisse adhérer par des pédicules figurés par deux petits traits ponctués, et autour desquels on puisse les faire pivoter librement. Rien n'est dès lors plus facile que de soulever ces lambeaux, et d'appliquer l'une contre l'autre cette large surface saignante qui se trouve de chaque côté de l'ouverture fistuleuse à droite et à gauche du trait ponctué. On a ainsi deux lambeaux exactement adossés du côté du vagin et deux autres du côté de la vessie : c'est juste deux fois plus de tissus affrontés qu'on n'en a dans le procédé américain.

Nous indiquerons plus loin la manière de faire passer et de fixer les fils métalliques. Mais voyons auparavant comment, dans les fistules plus étendues ou entourées de tissus peu vivaces, l'auteur combine l'avivement simple avec le soulèvement des lambeaux, tel que nous venons de le décrire. Supposons le cas d'une large fistule F (fig. 310) et à grand diamètre transversal. On commence par tracer au bistouri, de chaque côté

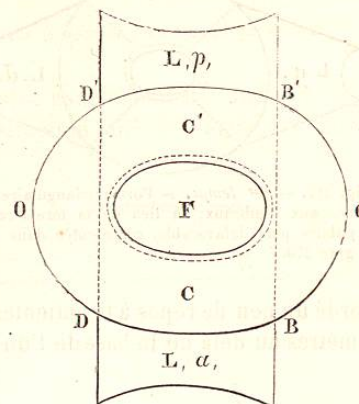


Fig. 310. — Premier temps (*).

de la perte de substance, les lignes droites BB', DD', et les lignes courbes BO'B', DOD'. On avive alors, comme dans le procédé américain, les surfaces comprises dans les arcs de cercle BO'B', DOD', puis on soulève successivement en avant et en arrière les lambeaux La et Lp, qui résultent du dédoublement des surfaces C et C' et qui restent adhérents par les pédicules DB et D'B'. L'affrontement des tissus s'opérera ainsi de telle

(*) Soulèvement de deux lambeaux antérieur et postérieur, combiné avec l'avivement simple des deux surfaces latérales DOD' et BO'B'. — La, lambeau antérieur ; Lp, lambeau postérieur.

façon que *Lp* vienne s'appliquer surface saignante contre surface saignante sur *La*, que *C'* s'adosse contre *C* et la moitié supérieure des surfaces saignantes latérales contre leur moitié inférieure. Les lambeaux ont toujours 1 centimètre à peu près de largeur et recouvrent, comme on le voit, toute l'étendue de l'ouverture accidentelle.

La forme à donner aux lambeaux peut varier dans certains cas où l'on a

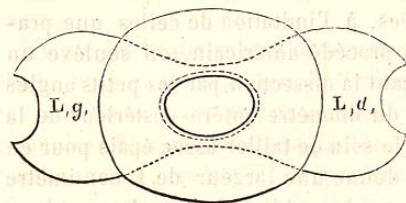


Fig. 311. — 1^{er} temps. — Forme semi-elliptique donnée aux lambeaux gauche et droit, *Lg*, et *Ld*.

intérêt à leur donner un pédicule large et bien nourri. Les figures 311 et 312 se rapportent à deux faits relatés dans le mémoire, et dans l'un desquels (celui de la figure 312) l'opération a été suivie de succès, malgré l'application infructueuse de deux opérations antérieures par le procédé américain; dans ces deux cas, un avivement simple a été pratiqué en avant et en arrière de la perte de substance. Comme terme de comparaison avec la figure 312, nous reproduirons ici la figure 313, qui montre le peu de largeur qu'auraient eu les lambeaux, si on les avait circonscrits par deux lignes droites, comme dans la figure 310.

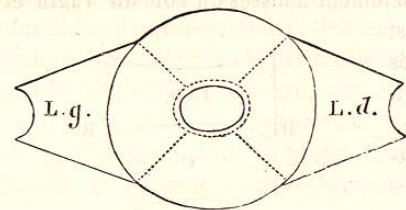


Fig. 312. — 1^{er} temps. — Forme triangulaire donnée aux lambeaux, au lieu de la forme rectangulaire plus défavorable, représentée dans la figure 270.

Ce premier temps achevé, on procède au passage des fils, après avoir laissé saigner quelque temps la plaie et avoir accordé un peu de repos à la patiente. L'aiguille, introduite à quelques millimètres au delà de la base de l'un des lambeaux, embrasse une épaisseur assez grande de tissus, en ne cessant pas de cheminer, toutefois, dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, et vient sortir à l'angle de réunion du pédicule du lambeau avec la surface saignante sous-jacente. Elle parcourt le même trajet, mais en sens inverse dans la

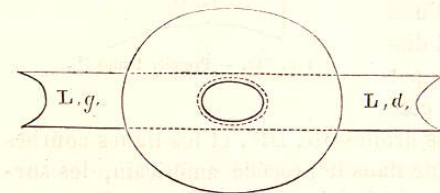


Fig. 313. — Forme rectangulaire donnée aux lambeaux, plus défavorable que la forme triangulaire.

lèvre opposée, de telle sorte que le fil suive la double direction courbe indiquée par la figure 314.

Ce trajet imprimé aux fils et commandé, pour ainsi dire, par la disposition des tissus à affronter, ne diffère pas, d'après Duboué, de celui que

conseille de suivre le procédé américain (1). Car les fils, loin de garder la position qu'on cherche à leur donner dans ce procédé (fig. 315 et 316),

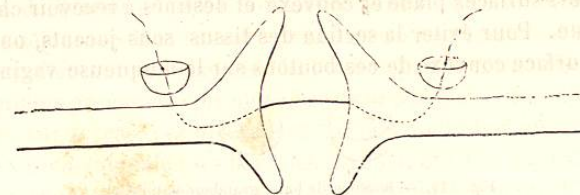


Fig. 314. — 2^e temps. — Passage et trajet des fils.

déchirent, selon lui, la surface fraîchement avivée *BC*, trop faible pour résister au tranchant de l'aiguille, d'une part, et à la striction du fil, de

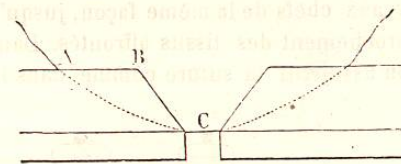


Fig. 315.

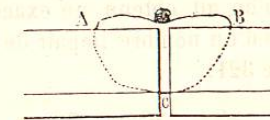


Fig. 316.

Fig. 315 et 316. — Trajet et position supposés des fils dans le procédé américain proprement dit.

l'autre. Le résultat définitif serait donc plus exactement indiqué par les figures 317 et 318, et serait le même, abstraction faite des lambeaux, que

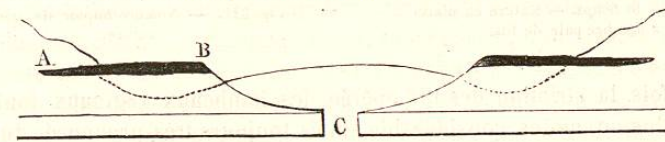


Fig. 317.

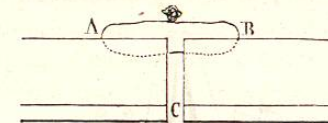


Fig. 318.

Fig. 318. — Trajet et position réels des fils dans le même procédé.

celui qu'on cherche à obtenir d'emblée dans le procédé autoplastique (fig. 314).

Pour fixer les points de suture, Duboué se sert de petits boutons de bois

(1) Voy. d'Andrade, *Essai sur le traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé américain*, thèse, Paris, 1860, p. 18.

représentés (fig. 319) en grandeur naturelle. Ces boutons, de forme hémisphérique ou semi-ovoïde, sont pourvus de deux petits conduits s'ouvrant sur leurs surfaces plane et convexe et destinés à recevoir chacun un fil métallique. Pour éviter la section des tissus sous-jacents, on doit appliquer la surface convexe de ces boutons sur la muqueuse vaginale elle-



Fig. 319. — Boutons de buis (grandeur naturelle).

même. Les fils métalliques se trouvant engagés dans les boutons d'une même rangée, on les tord deux à deux (fig. 320); puis, après avoir opéré des tractions suffisantes sur les chefs libres, et avoir placé les boutons de la rangée opposée, on tord ces nouveaux chefs de la même façon, jusqu'à ce qu'on ait obtenu un exact rapprochement des tissus affrontés. Dans le cas d'un nombre impair de fils, on assujettit la suture comme dans la figure 321.

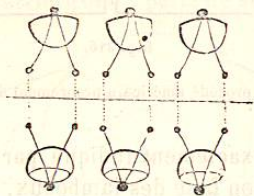


Fig. 320. — 3^e temps. — Suture en place à nombre pair de fils.

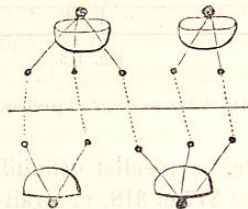


Fig. 321. — Nombre impair de points de suture.

Une fois la striction des fils opérée, les lambeaux vaginaux font une saillie plus ou moins considérable, mais toujours très-prononcée du côté du vagin (fig. 322); cette saillie, qui persiste quelquefois au moment de l'ablation des fils, disparaît plus tard spontanément.

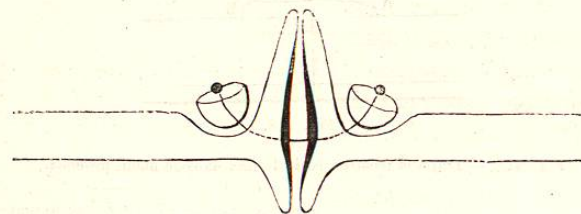


Fig. 322. — Coupe de profil montrant la position des boutons et des fils, ainsi que le mode d'affrontement des lambeaux vésicaux et vaginaux, ces derniers faisant une saillie considérable du côté du vagin.

Tel est le procédé à lambeaux dont Duboué s'est servi dans ses opérations, et qui, en permettant de doubler l'étendue des surfaces avivées, doit offrir des chances doubles de réunion et de solidité de la suture. On

voit que les boutons agissent comme les tiges rigides d'une suture enchevillée et n'ont pourtant aucun des inconvénients de ce dernier mode de suture. Ils doivent être laissés à demeure pendant quinze jours au moins, et peuvent séjourner dans le vagin pendant trois semaines et même un mois, sans causer d'autre dommage que de donner lieu à quelques ulcérations plus ou moins profondes qui ne s'observent pas d'ailleurs constamment. Mais, dans aucun cas, ces ulcérations ne pourront aller jusqu'à perforer la cloison vésico-vaginale; les boutons, en effet, ont une tendance de plus en plus marquée à se porter du côté de la cavité vaginale, et partant à s'éloigner de la vessie. On n'a, pour s'en convaincre, qu'à jeter les yeux sur la figure 323, qui représente un point de suture en place. Si les tissus

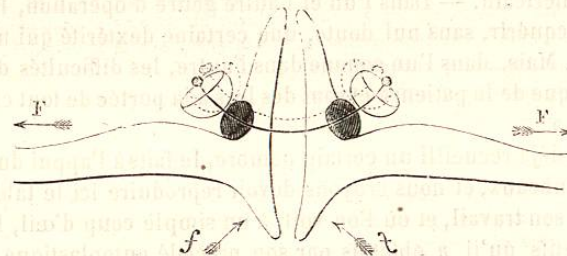


Fig. 323. — Tendence qu'ont les fils et les boutons à se porter du côté du vagin sous l'influence de la tension exercée par la paroi vaginale en F et F'; occlusion vésicale opérée par la seule élasticité des tissus qui se portent spontanément dans le sens des flèches f et f'.

ne subissent aucun tiraillement ou qu'ils n'en supportent qu'un relativement assez faible, la réunion s'opérera, sans qu'il se produise la moindre ulcération. Que la paroi vaginale exerce, au contraire, une tension un peu forte, une ulcération se produira dans les deux places figurées en noir; mais, dès que cette tension s'exagère et se fait sentir dans le sens des flèches F et F', la courbure du fil doit nécessairement se redresser. D'où il résulte que l'anse métallique divisera plus ou moins les tissus, et que les boutons se porteront de plus en plus vers le sommet des lambeaux vaginaux où ils pourront exercer encore une contention efficace.

Quant à la crainte de voir l'urine s'infiltrer entre les surfaces cruentées, on peut encore s'assurer, à l'inspection de la même figure, qu'elle ne saurait être un instant à redouter. En vertu de leur propre élasticité, les lambeaux ont, en effet, une tendance continuelle à se redresser dans le sens des flèches f et f', et à s'appliquer ainsi constamment par leurs surfaces saignantes, et cette tendance se trouve favorisée par la tension de la paroi vaginale elle-même.

Le procédé à lambeaux que Gerdy avait déjà fait connaître avant toute application du procédé américain, a donné quelques succès entre les mains de M. Collis (de Dublin), qui l'avait inventé de son côté quelques années plus tard. Ces deux chirurgiens employaient la suture enchevillée proprement dite, et se servaient de bouts de sonde pour fixer les points de suture.

La compression exercée par ces tiges compromettait souvent la vitalité des lambeaux et forçait le chirurgien à procéder de très-bonne heure à l'ablation des fils (de deux à six jours). Ce sont là deux graves inconvénients qu'on n'aura jamais à redouter avec le procédé de Duboué, procédé qui unit les avantages de la suture enchevillée à ceux de la suture entrecoupée. — Quant aux difficultés opératoires, que nous ne pouvons pas encore apprécier par nous-même, nous ne saurions mieux faire, pour permettre de les juger, que de rapporter la neuvième conclusion du mémoire : « Les « difficultés de dissection auxquelles on pourrait s'attendre, et que j'avais « moi-même pressenties à tort, ne dépassent jamais et souvent n'égalent « pas, dans le procédé à lambeaux, celles de l'avivement simple dans le « procédé américain. — Dans l'un et l'autre genre d'opération, l'habitude « permet d'acquiescer, sans nul doute, une certaine dextérité qui n'est pas à « dédaigner. Mais, dans l'un comme dans l'autre, les difficultés des débuts « n'exigent que de la patience et sont dès lors à la portée de tout chirurgien « ordinaire. »

L'auteur a déjà recueilli un certain nombre de faits à l'appui du nouveau procédé à lambeaux, et nous croyons devoir reproduire ici le tableau dont il fait suivre son travail, et où l'on voit, à un simple coup d'œil, les résultats comparatifs qu'il a obtenus par son procédé autoplastique et par le procédé américain proprement dit :

I. — PROCÉDÉ AMÉRICAIN.

Sur quatre opérées, deux ont guéri d'emblée et deux ont été très-améliorées.

A. — Des deux malades guéries, l'une (obs. IV) avait une fistule de très-petite dimension, et la seconde (obs. III) avait une fistule moyenne, assez profondément située, mais pourtant très-accessible.

II. — PROCÉDÉ A LAMBEAUX.

Sur cinq opérées, trois ont guéri d'emblée, une quatrième a été améliorée, et la cinquième n'a pas obtenu de résultat favorable appréciable.

A. — Des trois malades guéries, deux étaient dans des conditions des plus défavorables, et la troisième avait une fistule moyenne dans de bonnes conditions.

La première (obs. II, comp.) avait déjà subi trois opérations par le procédé américain, et n'avait retiré des deux dernières qu'une amélioration insignifiante.

La seconde (obs. VII) avait une fistule large et profondément située, et, de toutes celles que j'ai observées, la plus difficilement accessible.

La troisième (obs. VIII), qui avait une fistule moyenne, a guéri très-rapidement, malgré quelques accidents de gravelle survenus dès les premiers jours après l'opération, accidents qui ont exigé l'ablation définitive de la sonde au commencement du septième jour.

I. PROCÉDÉ AMÉRICAIN.

B. — Sur les deux cas de succès partiel, j'avais affaire, dans l'un (obs. V), à une fistule large et d'un accès difficile, et il n'est resté qu'un orifice étroit et une fistulette profondément cachée. — C'est dans ce cas que j'ai dû, par une opération préalable, détruire une cloison cicatricielle oblitérant l'urèthre.

Dans l'autre cas (obs. II), il s'agissait d'une fistule très-large, mais favorablement située. La malade a subi trois opérations, dont la première a produit une grande amélioration, la seconde un résultat à peine appréciable, et la troisième pas le moindre.

II. — PROCÉDÉ A LAMBEAUX.

B. — Des deux malades non guéries, la première (obs. V, comp.), opérée déjà une première fois par le procédé américain, avait deux fistulettes d'inégale dimension, dont la plus grande était d'un accès très-difficile. — L'échec complet qui a eu lieu tient à la mauvaise condition des tissus et à l'arrachement accidentel de l'un des lambeaux.

La seconde (obs. VI), qui a subi trois opérations, avait une fistule de moyenne dimension et d'un abord à peine difficile, quoique profondément située. — Après la première opération, diminution de moitié de l'ouverture anormale, malgré les mauvaises conditions de santé de la malade et quelques autres circonstances défavorables. — Après la seconde opération, rupture accidentelle de deux des fils métalliques, ce qui n'a pas empêché une certaine amélioration de se produire. — Fistule consécutive d'un genre tout à fait insolite, ayant exigé une troisième opération qui ne saurait figurer dans cette statistique, en raison de particularités tout exceptionnelles.

C. — Ces quatre malades, dont la moitié a guéri, ont donc subi six opérations, dont deux ont réussi, ce qui fait un tiers de succès complets, eu égard au nombre total d'opérations.

C. — Ces cinq malades, dont les trois cinquièmes ont guéri, ont donc subi six opérations, dont trois ont réussi, ce qui fait la moitié de succès complets, eu égard au nombre total d'opérations.

[[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 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 une 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

(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).