

vessie fait glisser sur ce doigt des tenettes, avec lesquelles il charge et extrait le calcul.

Vallet (d'Orléans), au lieu d'une incision médiane et antéro-postérieure, pratique avec un bistouri une incision transversale, pour laquelle il se guide sur un cathéter construit de façon que la portion terminale d'une des branches puisse se placer transversalement dans la vessie. Ce qui distingue surtout le procédé de Vallet, c'est qu'il pratique immédiatement la suture de la plaie de la paroi vésico-vaginale avec quelques points de suture entrecoupée.

En cas d'hémorrhagie, on aura recours aux injections astringentes.

Taille vestibulaire. — Ce procédé inventé ou réinventé par Lisfranc consiste à arriver sur la face antérieure de la vessie au-dessous du pubis par une incision transversale placée entre le clitoris et l'urètre.

Il n'a, que je sache, jamais été appliqué.

En somme, on doit autant que possible, chez la femme, recourir à la lithotritie, sauf dans les cas où un état inflammatoire de la vessie ou des reins, une difficulté très-prononcée de saisir le calcul due à un déplacement de l'utérus, une dureté très-grande ou un volume exceptionnel de la pierre rendent cette méthode impraticable. Dans ces cas-là, si le calcul est petit, on aura recours à la dilatation; s'il est plus volumineux, restent les différents procédés de taille.

La taille urétrale par laquelle on peut extraire des calculs plus gros que par la dilatation expose, comme cette dernière, à l'incontinence d'urine, mais ce danger n'a rien de bien effrayant.

La taille recto-vaginale qui permet d'enlever des calculs volumineux peut être suivie de fistules vésico-vaginales, inconvénient qui doit paraître moindre, aujourd'hui que la méthode américaine a simplifié et facilité la cure de ces fistules, en supposant que la suture faite immédiatement suivant le procédé de Vallet n'ait pas procuré la réunion. Cependant la taille urétrale, sauf dans les cas de calculs d'un grand volume, me paraît préférable.

La taille hypogastrique doit être proscrite en raison des dangers qui l'accompagnent.

Quant à la taille vestibulaire, le rapprochement des branches des pubis à ce niveau ne donnerait pas un espace suffisant pour manœuvrer.

Si l'on opère chez des vierges, il faut autant que possible respecter l'hymen, ou tout au moins, quand on l'a incisé, réunir par la suture les bords de la plaie.

§ 2. *Vulve et vagin.* — Sans décrire ces deux organes, je rappellerai que le vagin, conduit intermédiaire à la vulve et à l'utérus, se met en rapport en avant avec le canal de l'urètre et la vessie. La partie supérieure de la face antérieure du vagin est unie au bas-fond de la vessie par un tissu cellulaire peu dense qui permet d'isoler assez facilement ces deux organes l'un de l'autre par la dissection.

La partie postérieure du vagin, d'abord séparée du rectum par un intervalle qui constitue le périnée, ne tarde pas à venir s'accoler à la partie antérieure de cet intestin et ne s'en sépare qu'à sa partie supérieure.

Latéralement le vagin est en rapport de bas en haut avec l'aponévrose moyenne, le releveur de l'anus, la partie inférieure du ligament large. A la partie inférieure, ce conduit est embrassé par le *constrictor cunni* et surmonté en avant et sur les côtés par le bulbe. Dans le point où il se continue avec la vulve, le vagin est partiellement obturé chez la vierge par un repli muqueux de forme variable constituant l'hymen.

IMPERFORATION DE L'HYMEN. — Dans les cas anormaux où l'hymen imperforé s'oppose à l'écoulement des règles, il est indiqué d'ouvrir une voie au flux menstruel à travers cette membrane. Dans ce but on a eu recours à la ponction avec un trocart, à l'incision simple, à l'incision cruciale, à l'excision.

Baker-Brown préconise l'extirpation complète de cette membrane; Puech et Courty recommandent d'en exciser seulement un lambeau circulaire au niveau du centre, puis ils introduisent dans la perte de substance une sonde en gomme élastique de dimension moyenne, suffisamment garnie, afin que le liquide s'écoule à l'extérieur, sans passer entre la sonde et l'ouverture que l'on vient de pratiquer à l'hymen. Ce dernier procédé me paraît le meilleur, sauf dans les cas où l'hymen est dur et très-épais. On recourra alors à l'extirpation totale de la membrane.

Pour pratiquer ces différentes opérations, on fera coucher la femme sur le dos, les cuisses fléchies et relevées et les jambes fléchies,

dans la position en un mot employée pour l'examen au spéculum.

Vaginisme (contraction spasmodique du *constrictor cunni* ou sphincter de la vulve).

Dans les cas où le vaginisme est accompagné d'une lésion des organes voisins, utérus, vessie, urèthre, rectum, qui peut être considérée comme le point de départ de cette maladie, il faut autant que possible traiter cette lésion en même temps que le vaginisme.

Différents moyens ont été proposés pour la guérison de cette contracture : la dilatation graduelle, la dilatation brusque, l'incision.

La dilatation graduelle se fait avec des dilateurs plus ou moins coniques à leur extrémité, généralement en métal ou en verre. Churchill se sert de bougies de verre de volume successivement croissant, allant de un demi à six centimètres. Les dilateurs, les bougies doivent être, avant leur introduction, chauffés et enduits d'un corps gras.

Churchill laisse séjourner la bougie quelques minutes, puis en introduit une plus volumineuse et continue ainsi, jusqu'à ce qu'il ait obtenu une dilatation suffisante. Il laisse la dernière bougie en place huit ou dix minutes et renouvelle les séances plusieurs fois par semaine. Il s'arrête lorsqu'il est arrivé à la bougie la plus volumineuse.

La dilatation brusque se fait à l'aide d'une manœuvre analogue à celle employée pour l'anus, en introduisant les index dans l'orifice contracturé et les écartant l'un de l'autre dans le sens transversal, puis dans le sens antéro-postérieur.

L'incision peut être faite de différentes façons ; ainsi, tandis que certains chirurgiens, entre autres Michon, préfèrent des incisions peu profondes pratiquées sur la muqueuse, Marion Sims tend la fourchette avec l'index et le médius de la main gauche introduits dans le vagin et écartés transversalement ; puis de chaque côté de la fourchette il fait une incision de six centimètres allant jusqu'au raphé périnéal. Sims dit qu'avant de pratiquer ces incisions il retranche l'hymen.

Après l'opération, il applique un dilateur en verre ou en caoutchouc durci évidé au niveau de l'urèthre, immédiatement

quand il y a un écoulement sanguin inquiétant, le lendemain seulement dans le cas contraire.

La dilatation avec les doigts me paraît, comme pour la contracture du sphincter anal, le moyen d'élection. Pas n'est besoin de dire que la malade doit être préalablement chloroformée.

TOUCHER VAGINAL. — On pratique le toucher vaginal avec l'index de la main droite introduit dans le vagin. Promené sur les différents points du conduit vaginal, dans les culs-de-sac, sur le museau de tanche, ce doigt fournit des notions précieuses sur l'état de ces différents organes et des tissus ambiants. Le toucher peut être pratiqué la femme étant debout, ou bien la femme étant couchée.

La première position est plus favorable lorsque le col de l'utérus est très-élevé ou lorsqu'il existe des déviations utérines que le décubitus tend à réduire.

Pour pratiquer le toucher debout, le chirurgien fait prendre à la malade un point d'appui contre un mur ou sur un meuble avec le dos ou avec les mains ; il met un genou en terre devant elle, et passant sa main droite sous les vêtements, il remonte le long de la cuisse gauche de la malade.

Arrivé au périnée, il suit le sillon médian, en évitant d'entrer dans l'anus, et introduit l'index dans le vagin. Pendant que ce doigt s'engage dans le conduit vulvo-vaginal, le pouce est écarté et étendu, et les trois derniers doigts sont fléchis dans la paume de la main.

Cependant, lorsque l'index a de la peine à pénétrer assez avant et est gêné par la résistance du périnée, il est bon, au lieu de plier les trois derniers doigts, de les tenir écartés et étendus et de s'en servir pour soulever le périnée.

Quand on touche une femme couchée, généralement elle est sur le dos, et ses cuisses sont fléchies. Le chirurgien placé à droite peut, pour arriver à la vulve, passer la main en avant ou en arrière de la cuisse droite. La seconde manœuvre vaut mieux ; d'abord on n'est pas gêné par la cuisse pour enfoncer le doigt, et de plus on n'est pas exposé en l'introduisant à froter le clitoris.

En Angleterre, les femmes, pour se faire toucher, se couchent sur le côté gauche, la cuisse droite pliée et le chirurgien se tient derrière.

Quand on aura à pratiquer le toucher chez les vierges, on devra procéder avec les plus grandes précautions pour ne pas déchirer l'hymen. Au lieu de faire écarter les cuisses de la malade, ce qui est la position habituelle du toucher, on les fera maintenir rapprochées, car en cet état l'hymen se trouve relâché, et il est plus facile de le déprimer sans le déchirer.

Le plus souvent le toucher se pratique avec un seul doigt, mais on peut avec avantage (chez la femme déflorée bien entendu) le pratiquer avec l'index et le médius réunis. On acquiert ainsi, me paraît-il, des notions plus précises, plus complètes sur l'état des organes que l'on examine, et cela sans qu'il en résulte le moindre inconvénient.

Au toucher vaginal, on ajoutera quelquefois le toucher rectal.

Spéculums (fig. 406, 7, 8, 9, 10, 11). — Les spéculums destinés à l'exploration du vagin et de l'utérus agissent en découvrant ces parties et en les éclairant par la réflexion des rayons lumineux qui doit se faire sur les parois polies de ces instruments. Je n'ai pas

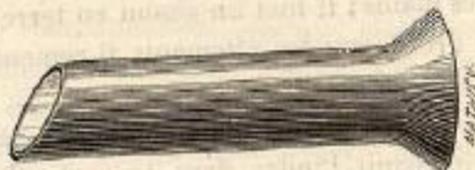


Fig. 406. — Spéculum plein, de Fergusson.

l'intention de dresser ici la liste de tous les spéculums inventés par les chirurgiens et les gynécologistes; je vais signaler seulement les plus usités. Ce sont: le spéculum plein, les spéculums trivalve, bivalve, quadrivalve, univalve.

Le spéculum plein ordinaire est en métal, de forme conique muni d'un manche et d'un embout. Fergusson a fait fabriquer un spéculum plein cylindrique en verre étamé, recouvert de gutta-percha (fig. 406). L'extrémité utérine est coupée en biseau, l'autre est dilatée en entonnoir. Adolphe Richard a ajouté au spéculum de Fergusson un embout et un manche en forme d'anneau.

Le spéculum trivalve à développement de Charrière (fig. 407) est formé de trois valves, deux latérales et une supérieure qui, lorsque

l'instrument est fermé, vient s'appliquer sur une des valves latérales. Il est pourvu d'un embout. On écarte les valves en rappro-

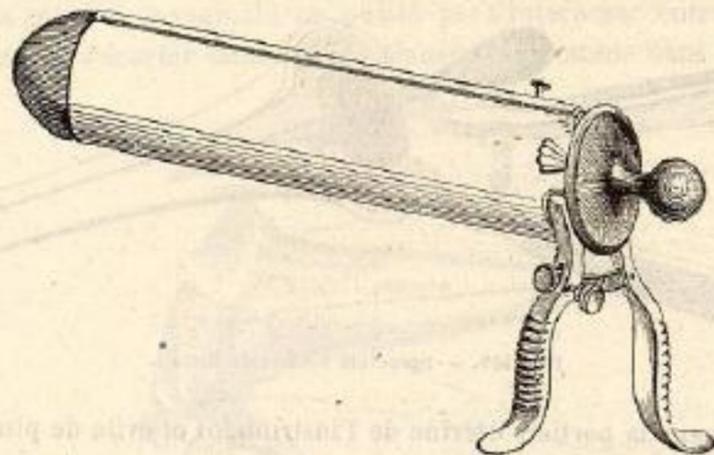


Fig. 407. — Spéculum trivalve de Charrière.

chant les deux branches du manche, et on peut, à l'aide d'une vis qui presse sur une glissière existant au niveau du manche, maintenir les valves à tel ou tel degré d'écartement.

Le spéculum bivalve de Jobert (fig. 408) est formé de deux valves

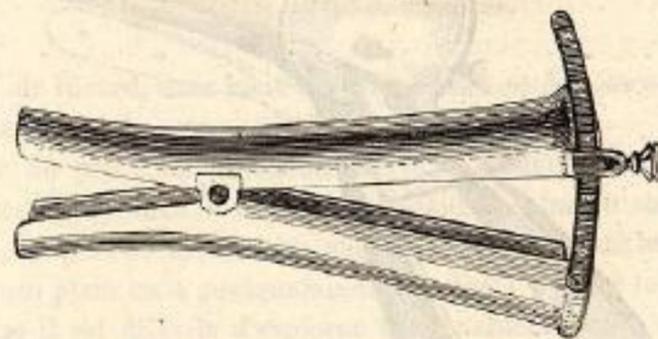


Fig. 408. — Spéculum bivalve de Jobert.

cylindriques un peu incurvées en dehors et s'articulant dans le point qui correspond au sommet de la courbure. Celui de Ricord (fig. 409), qui est une modification de l'instrument de Jobert, est pourvu d'un manche, et de plus l'articulation des valves est placée très-près du manche, ce qui permet un écartement plus considérable de leur extrémité utérine.

Au spéculum de Ricord, Charrière a ajouté encore deux valves (fig. 410), ce qui permet de développer plus

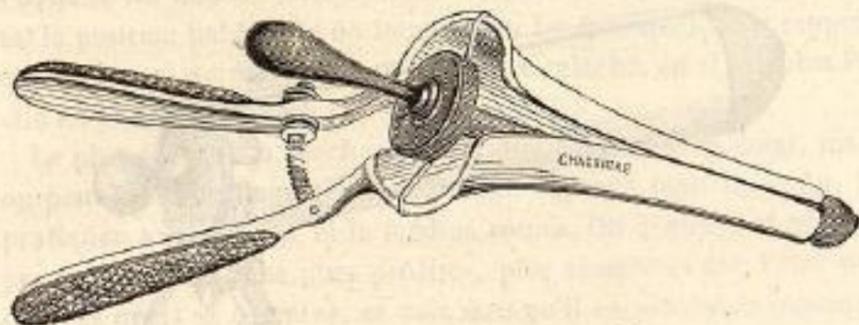


Fig. 409. — Spéculum bivalve de Ricord.

largement la portion utérine de l'instrument et évite de pincer la

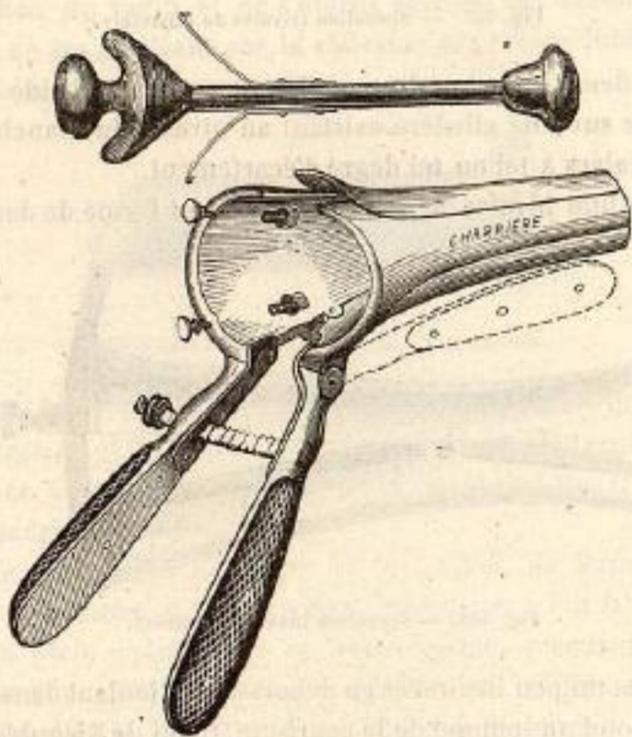


Fig. 410. — Spéculum quadrivalve.

muqueuse entre les valves. Les deux valves complémentaires peuvent s'enlever.

Cusco et Tyler-Smith ont fait fabriquer chacun un spéculum bivalve, à valves très-larges terminées en bec de canne, de façon que la muqueuse vaginale ne puisse pas s'interposer entre elles. Au lieu de s'écarter dans le sens transversal, comme dans le spé-

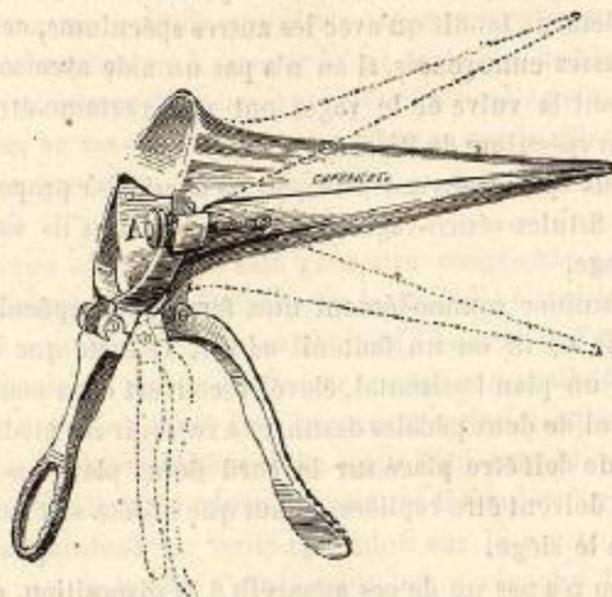


Fig. 411. — Spéculum de Cusco.

culum de Ricord, dans ceux de Tyler-Smith et de Cusco les valves s'écartent dans le sens vertical.

Avec un peu d'habitude, on arrive à se servir facilement de tous ces spéculums. Il en est cependant de plus ou moins commodes, de plus ou moins bien appropriés à tel ou tel but. Avec le spéculum plein on a quelquefois de la peine à trouver le col, et en tout cas il est difficile d'explorer convenablement les culs-de-sac vaginaux. C'est celui dont on se sert quand on cautérise le col au fer rouge. Il doit alors être en buis ou en ivoire.

Le spéculum trivalve, de même que le spéculum bivalve de Ricord, ne dilate pas suffisamment les culs-de-sac vaginaux. Le spéculum quadrivalve est un instrument trop compliqué.

En somme, pour moi l'instrument d'élection est le spéculum de Cusco, qui permet d'examiner largement, facilement le vagin et le col de l'utérus, et qui, en outre, offre l'avantage de rester en place sans

avoir besoin d'être soutenu, quand au moyen de la vis on a fixé les valves au degré d'écartement voulu. C'est là un très-grand avantage lorsqu'on a quelque manœuvre sans gravité à pratiquer sur le col, entre autres, la cautérisation avec un caustique. On peut ainsi se dispenser parfaitement de la présence d'un aide sans se gêner nullement, tandis qu'avec les autres spéculums, ces manœuvres sont assez ennuyeuses, si on n'a pas un aide avec soi. Chez les femmes dont la vulve et le vagin ont une certaine étroitesse, je me sers du spéculum de Ricord.

Quant aux spéculums univalves, je les décrirai à propos des opérations de fistules vésico-vaginales pour lesquelles ils sont surtout mis en usage.

Pour examiner commodément une femme au spéculum, il est bon d'avoir un lit ou un fauteuil *ad hoc*, de sorte que la femme repose sur un plan horizontal, élevé, recouvert d'un coussin résistant et muni de deux pédales destinées à recevoir ses pieds. Le siège de la femme doit être placé sur le bord de ce plan, ses jambes et ses cuisses doivent être repliées. Il faut que la tête soit un peu plus élevée que le siège.

Quand on n'a pas un de ces appareils à sa disposition, on se contente d'un lit ordinaire sur lequel on fait coucher la malade en travers, ses pieds reposant sur deux chaises placées auprès du lit et sa tête soulevée par un oreiller.

Les choses doivent être disposées de façon que les parties génitales de la femme soient convenablement éclairées par la lumière solaire, sinon on devra éclairer le canal du spéculum avec une lumière artificielle munie, si faire se peut, d'un réflecteur.

Avant de pratiquer l'examen au spéculum, il est bon de pratiquer le toucher pour reconnaître exactement la position du col.

L'introduction du spéculum se fait de la façon suivante. Avec les doigts de la main gauche on écarte les lèvres. Le spéculum, tenu de la main droite et préalablement graissé ou huilé, est présenté à la vulve le manche en bas. Avec l'extrémité de l'instrument on déprime la fourchette, et on enfonce doucement le spéculum dans la direction reconnue du col, en lui faisant exécuter un mouvement de rotation sur lui-même qui a pour résultat d'amener le manche à la partie supérieure, et qui favorise singulièrement la

pénétration de l'instrument. Quand je me sers du spéculum de Ricord, je ne lui fais décrire qu'une rotation d'un quart de cercle.

Lorsqu'on sent que l'extrémité du spéculum est arrivé à la partie postérieure du vagin, on s'arrête. On retire l'embout s'il y en a un, on écarte les valves si l'on emploie un spéculum à valves. Quand on ne trouve pas le col du premier coup, on cherche en inclinant l'extrémité du spéculum à amener le col dans l'axe de l'instrument. Au besoin, on se sert des pinces pour faciliter cette manœuvre.

ÉTROISSE DU VAGIN. — Elle sera combattue par la dilatation avec de l'éponge préparée, de la laminaria, ou à l'aide d'instruments dilataleurs.

OBLITÉRATION DU VAGIN. — Elle peut être congéniale ou acquise. Avant de chercher à obvier par une opération à l'atrésie du vagin lorsqu'elle est congéniale, il faut d'abord s'assurer de l'existence de l'utérus, et cela au moyen du toucher rectal et du cathétérisme vésical. Si le doigt introduit dans le rectum arrive à sentir la sonde, sans constater l'interposition d'un corps d'un certain volume, on peut considérer l'utérus comme absent, et il est alors formellement indiqué de s'abstenir de toute opération sur le vagin. Quand, au contraire, par ce mode d'exploration, on a reconnu la présence de l'utérus, on est autorisé à agir, surtout lorsque l'utérus normalement conformé laisse écouler des règles qui s'accumulent en arrière de l'oblitération.

Si le vagin est oblitéré par une simple membrane, on l'incisera en divers sens, et on excisera les lambeaux. Pour les atrésies congénitales ou acquises qui occupent une étendue notable du vagin, on recourra à l'un des procédés suivants.

Procédé d'Amussat. — Ce chirurgien, dans un cas d'oblitération des deux tiers inférieurs du vagin, déprima les parties avec une sonde, puis avec le petit doigt, au-dessous de l'urèthre, au niveau du point où aurait dû se trouver l'orifice vaginal, et dans la direction de la tumeur fluctuante formée par la partie supérieure de ce conduit distendu par le sang des règles. Après des séances répétées, à la suite de chacune desquelles il introduisait dans la dépression qu'il avait obtenue un morceau d'éponge préparée, afin de la maintenir, et, lorsqu'il fut arrivé à une profondeur suffisante, il plongea un trocart dans la tumeur et agrandit ensuite avec un bistouri

boutonné et chemisé l'orifice ainsi obtenu. Une canule de gomme élastique fut laissée à demeure dans ce vagin de nouvelle formation. Bien que ce procédé ait été employé avec succès par Malgaigne, qui commença cependant par une incision, il ne me paraît pas offrir des garanties de succès suffisantes, et je préfère de beaucoup celui qui paraît avoir été mis en usage pour la première fois par Dupuytren, et qui consiste à diviser l'oblitération transversalement et petit à petit avec le bistouri, que l'on remplace par le doigt ou la sonde, dès que cela devient possible, pour reprendre encore le bistouri, s'il y a lieu.

La femme est placée sur le bord du lit, les cuisses relevées et écartées.

Le chirurgien introduit et laisse tout le temps qu'il opère son index gauche dans le rectum, pendant qu'un aide maintient une sonde dans la vessie, précautions propres à éviter d'intéresser la vessie ou le rectum. Lorsqu'on sent de la fluctuation, on enfonce un trocart dans la tumeur et on agrandit l'ouverture avec un bistouri conduit sur sonde cannelée ou avec un lithotome simple.

Cette opération présente des difficultés sérieuses, et il est arrivé plusieurs fois à des opérateurs expérimentés de ne pouvoir pas l'achever; d'autres ont ouvert la vessie.

Si l'on craint de ne pouvoir donner issue aux règles par les procédés que je viens de passer en revue, et qu'il survienne des accidents pressants, on doit ponctionner la tumeur par le rectum avec un trocart courbe que l'on enfoncera sur le point le plus rapproché possible de l'anus, afin de ne pas intéresser le péritoine. Cette opération expose à la péritonite.

DÉCHIRURE DU PÉRINÉE (fig. 412). — La déchirure du périnée, qui est presque toujours le résultat d'un accouchement, peut être incomplète ou complète. La rupture incomplète s'arrête en avant de l'anus. Complète, elle intéresse l'anus et peut empiéter sur une étendue plus ou moins considérable de la cloison recto-vaginale.

J'étudierai simultanément la thérapeutique de ces degrés d'une même lésion, tout en spécifiant que tel procédé curatif s'applique spécialement à telle ou à telle variété de la déchirure périnéale.

Dans le cas de déchirure incomplète, peu étendue et récente, c'est-à-dire lorsque la cicatrisation n'est pas encore opérée, on

devra tâcher de dispenser la malade d'une opération. Pour ce faire, on lui fera garder le décubitus dorsal, avec une ou deux grosses serres-fines on rapprochera et on maintiendra affrontés les bords de la solution de continuité, et on fixera les cuisses en contact l'une avec l'autre avec une bande appliquée autour des genoux.

Quand la solution de continuité est plus étendue, il faut recourir à une opération. Je n'ai pas ici à discuter la question de l'époque à laquelle elle doit être pratiquée. Je rappellerai seulement que certains chirurgiens sont d'avis d'opérer immédiatement, que d'autres conseillent d'attendre la cessation de l'état puerpéral et la cicatrisation des parties divisées, et qu'enfin il en est qui adoptent une opinion mixte et opèrent quelques jours après l'accouchement.

Je n'hésite pas à me ranger à l'opinion de ceux qui remettent l'opération après la cessation de l'état puerpéral, car c'est là la conduite qui me paraît de beaucoup la plus prudente, tant au point de vue du succès de l'opération qu'à celui de la vie de l'opérée.

Il est vrai qu'en agissant immédiatement ou au moins peu de temps après la délivrance, on a l'avantage de ne pas être forcé de recourir à l'avivement, mais en revanche on a l'inconvénient grave de voir la réunion baigner dans le liquide des lochies. En outre, toute opération pratiquée pendant la période puerpérale emprunte à cette circonstance une gravité qui doit la faire différer, lorsqu'elle n'est pas rigoureusement urgente.

On obvie aux déchirures du périnée à l'aide de la périnéographie et de la périnéoplastie. Je signalerai, en passant, la méthode de J. Cloquet qui consiste à porter le fer rouge à plusieurs reprises sur l'angle postérieur de la solution de continuité. C'est là une opération effrayante pour les malades et à laquelle on n'a jamais recours; elle ne pourrait être utile que pour les cas légers.

La restauration du périnée compte des procédés nombreux, les uns applicables aux déchirures incomplètes et complètes, d'autres réservés pour les cas où la cloison recto-vaginale participe à la solution de continuité.

Ces procédés diffèrent les uns des autres par le mode de suture, par le procédé d'avivement, par l'adjonction d'incisions libératrices,

et enfin par la formation de lambeaux. Nous allons les passer successivement en revue.

La femme doit être placée dans la position de l'examen au spéculum.

Procédé de Roux. — Le chirurgien avive avec les ciseaux ou le bistouri les bords de la solution de continuité, en retranchant le moins de tissu possible. Il avive les bords de la cloison recto-vaginale lorsqu'elle a été intéressée, puis réunit les parties à l'aide de trois points de suture enchevillée. Telle est l'opération réduite à son maximum de simplicité.

Dieffenbach employait la suture entrecoupée au niveau de la portion moyenne de la division, en ayant soin d'embrasser une grande épaisseur de tissus, puis il plaçait deux points de suture entortillée en avant et deux en arrière. Ces points de suture pénétraient à des profondeurs inégales et étaient disposés de façon qu'un point profond alternât avec un point superficiel, ce qui a fait donner à cette suture le nom de suture en escalier.

Quand la déchirure s'étendait sur le rectum, il rapprochait les bords de la solution de continuité rectale à l'aide de la suture à points séparés.

La réunion opérée, Dieffenbach pratiquait de chaque côté une incision convexe en dehors et s'arrêtant à un centimètre en avant de l'anus. Entre la partie la plus convexe de l'incision et la ligne de réunion, il laissait un espace de deux centimètres.

Jobert faisait aussi de chaque côté de la ligne de réunion une incision convexe en dehors; cette incision, plus étendue que celle de Dieffenbach, dépassait en arrière l'orifice anal. Jobert réunissait au moyen de la suture entrecoupée pratiquée avec des fils plats.

Les incisions libératrices de Dieffenbach et de Jobert n'exercent pas une bien grande influence sur le succès de l'opération. La section du sphincter anal, déjà conseillée par Mercier dans le but d'éviter les tiraillements exercés par la contraction de ce muscle, a été préconisée par Hilton, qui recommande de l'inciser de chaque côté du coccyx par la méthode sous-cutanée.

Baker-Brown pratique la double incision du sphincter, mais la fait à ciel ouvert. Il donne à ces incisions un et même deux pouces d'étendue.

Baker-Brown se sert de la suture enchevillée pour réunir les parties profondes, et pour la peau il a recours à la suture entrecoupée.

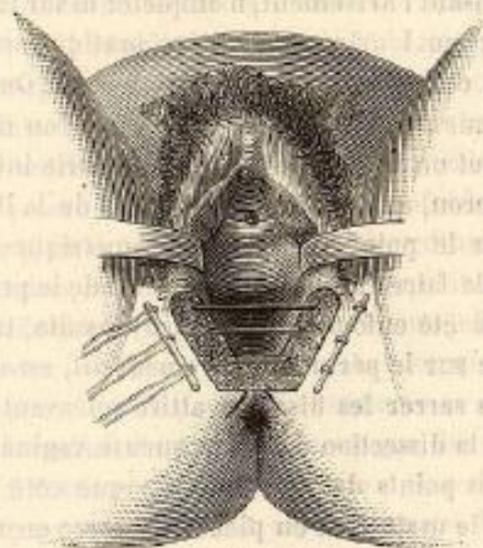


Fig. 412. — Périnéoraphie. Procédé de Baker-Brown.

Laugier, dans les cas où il y avait déchirure de la cloison recto-vaginale, commençait par aviver la solution de continuité du rectum qu'il rapprochait par la suture entrecoupée. Un mois après, il en faisait autant pour la déchirure du périnée.

Langenbeck a imaginé un procédé de périnéoraphie qu'il a décrit sous le nom de périnéo-synthèse; le voici: on commence par aviver l'éperon, c'est-à-dire, la partie inférieure de la cloison recto-vaginale. Puis, sur la portion intacte de cette cloison et du côté du vagin on fait une incision semi-lunaire, convexe en bas, dont le sommet se trouve à deux ou trois lignes au-dessus du bord inférieur de l'éperon. Cette incision ne doit pas dépasser le tissu cellulaire sous-muqueux. On dissèque ensuite dans une hauteur de six lignes le lambeau formé par la muqueuse et ainsi circonscrit, en dédoublant la cloison vaginale et se gardant bien d'intéresser le rectum; pour rendre cette manœuvre plus facile, on tend la paroi du rectum avec deux doigts de la main gauche introduits dans cet intestin. On avive alors les deux côtés de la déchirure périnéale, en circonscrivant sur chacun d'eux un espace quadri-

latère s'arrêtant en avant au point où se trouve normalement la commissure de la vulve et allant en arrière se réunir à la portion avivée de l'éperon.

On doit, en faisant l'avivement, n'empiéter ni sur la muqueuse du vagin, ni sur la peau. L'avivement fait, on pratique ensuite la suture entrecoupée, en commençant du côté du rectum. On introduit l'aiguille, montée sur un porte-aiguille, à gauche, au niveau du bord avivé de l'anus, et on la fait ressortir sur la partie inférieure et antérieure de l'éperon, à deux lignes à peu près de la ligne médiane; on l'enfonce sur le point de la cloison symétrique à celui où elle est entrée pour la faire ressortir sur le point de la peau symétrique à celui où elle a été enfoncée. On place ensuite trois ou quatre points de suture sur le périnée proprement dit, en allant d'arrière en avant et sans serrer les fils. On attire en avant le petit lambeau formé par la dissection de la muqueuse vaginale, et à l'aide de deux ou trois points de suture de chaque côté faits avec une aiguille fixe, on le maintient en place. On serre ensuite les fils, et on termine en pratiquant les incisions libératrices de Dieffenbach. Le petit lambeau muqueux de Langenbeck a pour but de protéger la ligne de réunion contre le contact et l'infiltration des liquides vaginaux et utérins.

Dans le même but, Richet a recours au procédé suivant : après avoir avivé les bords de la déchirure, il termine en arrière cet avivement par une incision transversale faite sur la paroi postérieure du vagin et ne comprenant que la muqueuse.

Il dissèque ensuite de chaque côté les lambeaux triangulaires formés par la muqueuse et ainsi obtenus, lambeaux dont le bord postérieur est formé par l'incision transversale tandis que le bord latéral se confond avec la déchirure. Après avoir fait la réunion du périnée, Richet rapproche sur la ligne médiane, à l'aide de la suture entrecoupée, les deux lambeaux muqueux et a soin de leur faire former une sorte de crête saillante sur la ligne médiane. La formation de cette crête a pour objet de forcer les liquides à s'écouler sur les parties latérales et de les empêcher de venir imbiber la ligne de réunion.

Procédé de Demarquay. — Voici la façon de procéder de ce chirurgien dans les déchirures périnéales intéressant le sphincter

anal et la partie inférieure de la cloison recto-vaginale : il avive les surfaces cicatricielles et enlève sur chaque côté de la cloison un lambeau triangulaire à base inférieure regardant la fesse et à sommet tronqué dirigé vers la cloison. Il dédouble ensuite par la dissection la cloison recto-vaginale dans la hauteur d'un centimètre. Cela fait, il réunit les bords de la plaie du vagin par une suture entrecoupée pratiquée avec des fils cirés et en fait autant pour la plaie du rectum ; puis il rapproche les bords de l'intervalle laissés entre le vagin et le rectum à l'aide de deux plans superposés de suture entrecoupée, le plan profond fait avec des fils métalliques, le plan superficiel avec des fils ordinaires. Demarquay termine l'opération en pratiquant les incisions libératrices de Dieffenbach. Le dédoublement de la cloison a pour effet de permettre d'accoler non des bords, mais des surfaces, ce qui est une condition infiniment meilleure pour la réunion.

Verneuil a introduit dans la thérapeutique des déchirures complètes des modifications assez importantes.

Il avive obliquement la cloison recto-vaginale, de façon à ne pas toucher à la muqueuse de l'intestin et à ébarber celle du vagin dans l'étendue d'un centimètre. Il réunit les bords de la cloison par une suture entrecoupée faite du côté du vagin, en ayant soin de ne pas faire pénétrer les fils dans le rectum. Il réunit ensuite le périnée, en employant la suture enchevillée et en embrassant une étendue de tissus d'autant plus considérable que le point de suture est plus antérieur. Il se sert de fils métalliques et ne pratique ni incision libératrice, ni débridement du sphincter.

La partie principale des modifications apportées par Verneuil à la périnéographie est, on le voit, empruntée à la méthode américaine pour les fistules vésico-vaginales.

Deroubaix a recours à un procédé analogue. Il réunit la plaie vaginale par la suture entrecoupée et celle du vagin par la suture enchevillée.

Enfin je citerai en terminant les sutures en huit de chiffre de Heppner, qui les faisait d'abord avec un seul fil armé d'une aiguille à chacune de ses extrémités. Il se sert aujourd'hui d'un porte-fil et emploie deux fils.

Un premier fil est enfoncé du côté du vagin, sur les bords de la

solution de continuité, et vient ressortir plus bas, au niveau de la surface avivée; il est réintroduit sur le point opposé de cette surface et vient ressortir sur la peau. Un second fil est enfoncé d'une façon semblable sur le point du vagin symétrique à celui où le premier fil a pénétré et vient ressortir de même sur le point de la surface avivée symétrique à celui où est sorti le premier fil; il est alors enfoncé au niveau du point d'émergence de ce premier fil et vient ressortir sur la peau. En nouant l'une à l'autre chaque extrémité des deux fils, l'une du côté du vagin, l'autre du côté de la peau, on a ainsi embrassé les parties dans une anse double.

Heppner ajoute au niveau de la partie supérieure de la déchirure quelques points de suture entrecoupée ordinaire. Dans certains cas, il place aussi en avant quelques points de suture entrecoupée.

Par ce procédé-là on n'a à pratiquer qu'une seule série de sutures.

Jetons maintenant un coup d'œil sur les différents procédés que je viens de passer en revue.

Les procédés de Roux, de Dieffenbach, de Jobert peuvent servir pour des déchirures n'intéressant pas le rectum; il est bon cependant d'y ajouter la modification de Richet, et voici pourquoi: une des causes d'insuccès de ces procédés, c'est l'infiltration des liquides vagino-utérins. En forçant ces liquides à s'écouler de chaque côté de la ligne de réunion, sans baigner cette dernière, le procédé de Richet obvie à cet inconvénient.

Le mode de suture de Heppner me paraît inutile dans les fistules incomplètes et insuffisantes quand la cloison recto-vaginale est intéressée. Dans ce dernier cas, on a à craindre de voir s'infiltrer entre les lèvres de la réunion, non-seulement des liquides venant de l'utérus et du vagin, mais encore des matières intestinales. C'est pour éviter ce danger qu'ont été institués les procédés de Langenbeck, de Demarquay et de Verneuil.

Le procédé de Langenbeck est compliqué; celui de Demarquay ne me semble pas remplir le but dans lequel il a été institué. Le meilleur procédé est, je crois, celui de Verneuil que j'ai exposé ci-dessus et dans lequel on ne fait ni incision latérale, ni débridement du sphincter, procédé dérivé de la méthode américaine pour la fistule vésico-vaginale.

La plupart des chirurgiens recommandent l'emploi de moyens propres à prévenir les gardes-robes. D'autres beaucoup moins nombreux prescrivent d'entretenir la liberté du ventre. La première pratique me paraît la meilleure.

A l'opération de Verneuil, on peut avec avantage ajouter la modification de Richet.

FISTULES VÉSICO-VAGINALES (fig. 413, 14, 15, 16, 17, 18). — La thérapeutique des fistules vésico-vaginales a fait dans ces dernières années un progrès immense, grâce à la méthode américaine. Aussi est-ce spécialement sur cette méthode que je m'étendrai, rappelant seulement pour mémoire des méthodes et des procédés qui ne doivent plus figurer que dans l'histoire de l'art.

Le séjour d'une sonde dans la vessie, l'application d'un tampon dans le vagin, la cautérisation avec le fer rouge ou le cantere électrique de la circonférence ou d'un des angles de la plaie ne peuvent guérir que de très-petites fistules.

Il faut, du reste, ne pas oublier que l'on voit quelquefois des fistules peu étendues guérir spontanément quelque temps après l'accouchement; de là le précepte de ne pas trop se hâter d'opérer.

Je signalerai, en passant, des instruments plus ou moins ingénieux inventés pour maintenir en contact, après avivement préalable, les bords de la fistule; je veux parler de la sonde-érigne de Lallemand, de l'érigne vaginale de Laugier, instruments inefficaces au premier chef.

L'avivement et la suture, recommandés par Roonhuysen et exécutés pour la première fois par un chirurgien suisse, ont depuis été appliqués nombre de fois; on a employé tantôt et le plus souvent la suture entrecoupée, tantôt la suture enchevillée, tantôt la suture en bourse. Néanmoins les résultats étaient si généralement malheureux que les fistules vésico-vaginales paraissaient en quelque sorte au-dessus des ressources de l'art, lorsque Jobert annonça des réussites. Ce chirurgien mit successivement en pratique deux procédés: le premier consistait à aviver les bords de la fistule et à tailler sur la grande lèvre et au besoin sur la fesse un lambeau à large pédicule et de dimensions proportionnées à celle de la perte de substance. Une anse de fil était passée dans le sommet du lambeau, et les chefs en étaient engagés dans les yeux d'une sonde qu'on fai-

saît passer par la fistule et ressortir par le méat urinaire. Le lambeau ainsi mis en place était fixé aux bords de la perte de substance à l'aide de points de suture faits avec une aiguille à staphyloraphie.

Une anse de fil devait embrasser le lambeau à chaque angle de la fistule. Les fils étaient serrés par un double nœud et laissés pendants; le fil urétral était fixé sur une des cuisses ou sur le ventre. Une sonde à demeure était placée dans la vessie.

Les fils tombaient du dixième au quatorzième jour, et Jobert coupait le pédicule du lambeau du trente et unième au quarantième jour.

Plus tard ce chirurgien inventa la cystoplastie. Voici en quoi consiste cette opération: la malade étant placée sur le bord du lit, comme pour la taille, des aides écartent les parties avec un spéculum univalve appliqué sur la fourchette et un levier appliqué de chaque côté sur la partie latérale du vagin.

Si la fistule était placée en arrière, Jobert abaissait le col de l'utérus avec des pinces de Museux; il s'en dispensait dans le cas contraire. Il avivait la fistule en commençant par la lèvre postérieure, lorsqu'elle était transversale et commençait indifféremment par l'une ou par l'autre des lèvres, si elle était longitudinale. C'est alors que, pour faciliter le rapprochement, il faisait la cystoplastie, en procédant de la façon suivante: il incisait l'insertion du vagin sur la partie antérieure du col de l'utérus et décollait dans une certaine étendue la muqueuse vaginale, décollement rendu possible par la laxité du tissu cellulaire qui unit le vagin et le bas-fond de la vessie; puis il réunissait les bords de la fistule au moyen de la suture entrecoupée faite avec des larges fils qu'il passait à l'aide d'aiguilles montées sur un porte-aiguille de staphyloraphie. Les bistouris employés par Jobert pour l'avivement étaient analogues à ceux usités pour l'avivement du voile du palais.

Le dernier temps de l'opération consistait à placer une sonde dans la vessie et un tampon d'amadou dans le vagin.

Telle est l'opération de la cystoplastie.

Disons un mot maintenant de quelques autres procédés employés par d'autres chirurgiens.

Velpeau prit un lambeau sur la paroi postérieure du vagin.

Gerdy taillait un lambeau quadrangulaire sur chaque côté de la fistule et adossait ces lambeaux par leur face saignante à l'aide de la suture enchevillée.

Mais j'ai hâte d'en venir à la méthode américaine. Pour pratiquer cette dernière, on met la femme sur une table recouverte d'une couverture pliée en plusieurs doubles et d'un drap.

Marion Sims, l'inventeur de la méthode, place la femme sur le côté gauche, mais cette position n'a rien d'absolu, et l'on devra adopter celle qui paraît la plus commode pour le chirurgien, sans être trop pénible pour la malade. Ainsi, tantôt la femme sera couchée sur l'un ou l'autre côté, tantôt sur le dos dans la position ordinaire pour l'examen au spéculum, tantôt enfin elle sera appuyée sur les coudes et les genoux, position d'autant plus fatigante que généralement l'opération dure longtemps.

On emploie le spéculum de Sims (fig. 413) ou celui de Bozeman, qui peuvent s'appliquer des deux côtés et sont destinés à déprimer la partie postérieure de la vulve et du vagin sur laquelle presse leur convexité. Le spéculum doit être confié à un aide vigoureux et sur lequel on puisse compter.

Le spéculum de Bozeman est plus grand que celui de Sims.

On peut se servir d'un miroir pour projeter les rayons lumineux sur la partie à éclairer.

Occupons-nous maintenant de l'avivement. Afin de le rendre plus commode, on peut, au besoin, abaisser le col de l'utérus avec des pinces de Museux ou bien soulever ou déprimer les lèvres de la fistule avec une sonde introduite par l'urèthre. On tend les parties que l'on va aviver, soit avec une érigne, soit avec de longues pinces. Pour faire l'avivement, certains chirurgiens se servent de longs ciseaux (fig. 414), tandis que d'autres préfèrent de long bistouris droits ou courbes sur le plat. L'avivement doit être pratiqué uniquement sur la muqueuse vaginale, ne pas intéresser du tout celle de la vessie et s'étendre de un demi-centimètre à un centimètre des bords de la fistule. Il faut apporter les plus grands soins dans ce temps de l'opération. Un opérateur habile enlève tout d'une pièce la portion à exciser; c'est ce que j'ai vu faire à Sims. On est alors bien sûr que l'avivement est complet. Si l'on ne peut prétendre à une aussi grande habileté, il faut tâcher d'exciser les tissus en deux mor-

ceaux, un lambeau pour chaque lèvres de la plaie; les angles de cette dernière doivent aussi être avivés avec les précautions les plus minutieuses. Il faut enlever avec soin le tissu cicatriciel, qui est peu propre à la réunion. On éponge à mesure avec de petites éponges portées

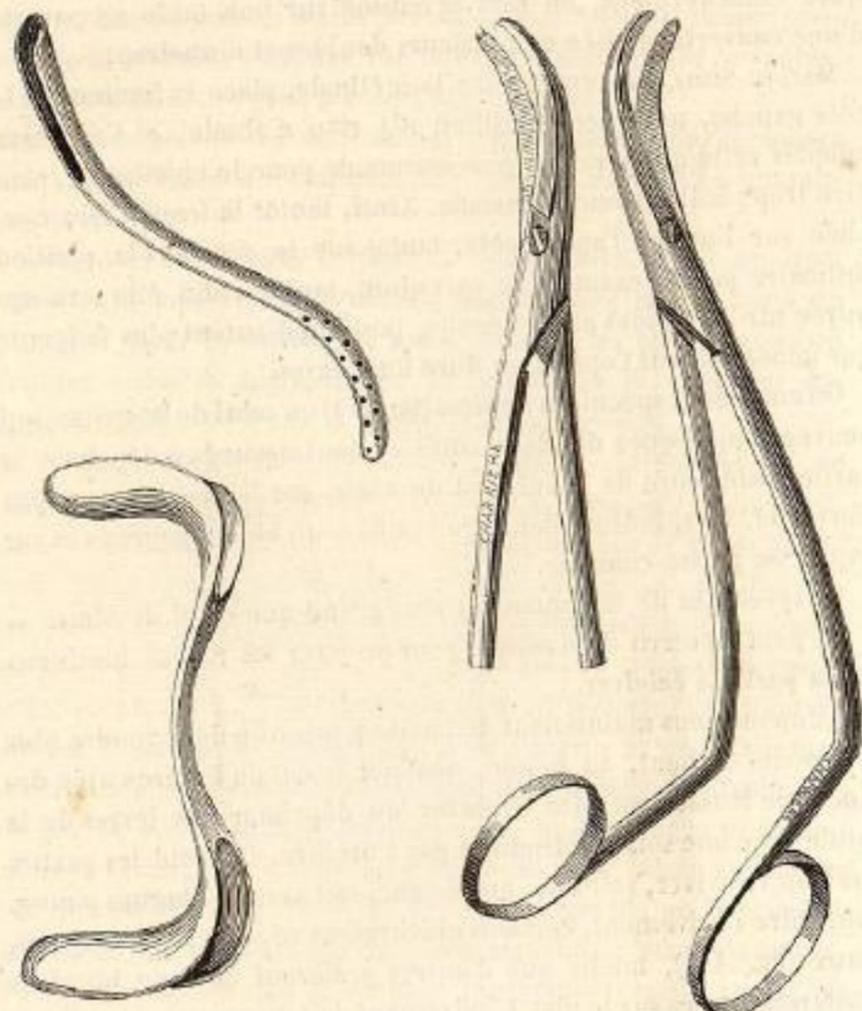


Fig. 413. — Spéculum et sonde de Sims.

Fig. 414. — Ciseaux de Bozeman.

sur un instrument *ad hoc* ou fixées sur un petit bâton. On projette aussi de l'eau sur les bords de la plaie à l'aide d'une seringue.

Le vagin bien nettoyé et l'écoulement sanguin arrêté, on procède à la réunion. Elle se fait à l'aide de fils métalliques d'argent ou de fer. Au début on se servait, pour les passer, de fines aiguilles

courbes fixées sur des pinces porte-aiguille et armées d'un double fil de soie, qui servait ensuite à conduire le fil métallique.

On peut, du reste, fixer directement le fil métallique dans le chas de l'aiguille.

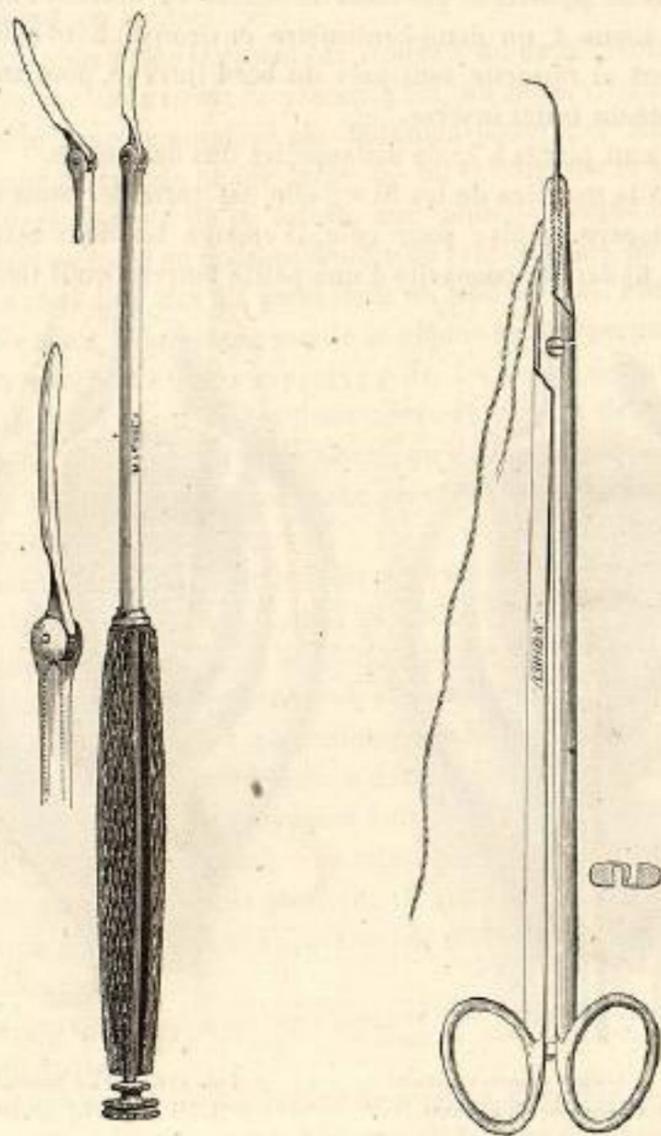


Fig. 415. — Bistouri à lame articulée de Sims.

Fig. 416. — Pince porte-aiguille de Sims (Modèle Mathieu).

Aujourd'hui on emploie de préférence des aiguilles tubulées

courbes qui servent à passer directement le fil métallique, que l'on fait cheminer dans l'intérieur de l'aiguille à l'aide d'une roulette adaptée à la partie supérieure du manche.

Quel que soit le procédé employé pour passer les fils, il faut avoir soin qu'ils ne pénètrent pas dans la vessie. Ils doivent s'enfoncer dans les tissus à un demi-centimètre environ du bord externe de l'avivement et ressortir tout près du bord interne, pour suivre de l'autre côté un trajet inverse.

Les fils sont placés à égale distance les uns des autres.

Quant à la manière de les fixer, elle est variable. Sims se contente de tordre les fils; pour cela, il engage les deux extrémités du même fil dans la concavité d'une petite fourche qu'il tient de la

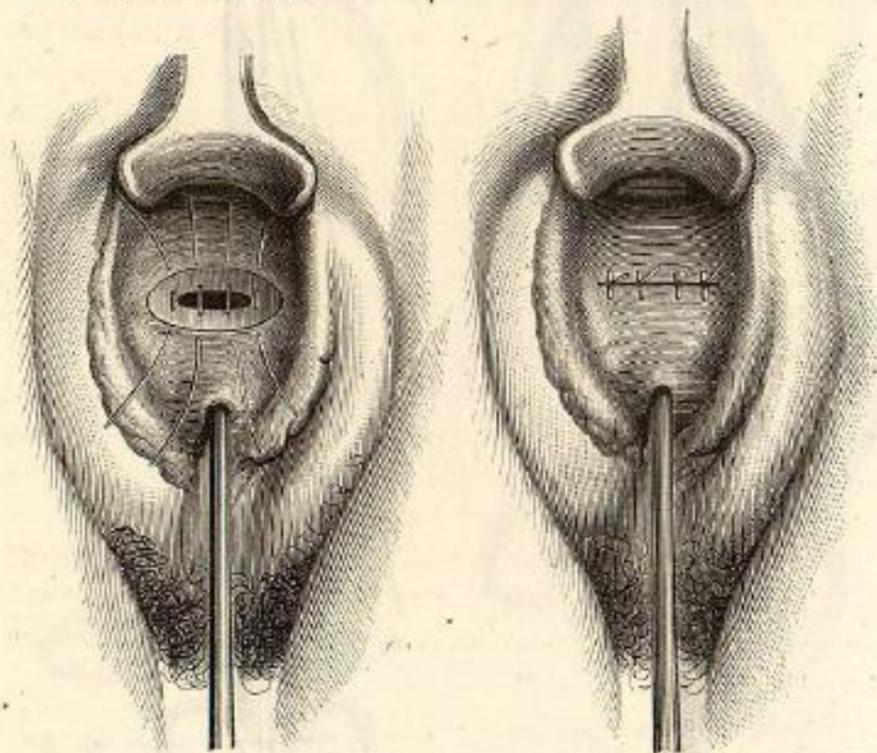


Fig. 417. — Fistule vésico-vaginale.
Méthode américaine, fils placés.

Fig. 418. — Fils noués.

main gauche, et avec une pince à mors plats qu'il manie de la main droite il saisit et tord ensemble les deux chefs du fil. On peut avec avantage se servir pour ce temps de l'opération du tord-fil de Coghill que j'ai déjà décrit page 519 (fig. 279). Pour faire

la torsion avec cet instrument, on n'a qu'à engager chaque bout du fil dans un des anneaux et à imprimer ensuite à l'instrument un mouvement de rotation sur son axe. On peut faire faire aux fils une dizaine de tours de torsion en moyenne. On reconnaît que la torsion est suffisante à ce que les lèvres de la plaie sont maintenues exactement en contact.

Marion Sims place les points de suture à un demi-centimètre environ les uns des autres; ce précepte n'a, du reste, rien d'absolu.

Voici le procédé employé par Bozeman pour fixer les fils: il se sert d'une plaque de plomb large de un centimètre et d'une longueur égale à celle de la fistule, sur laquelle plaque il pratique une série de trous en nombre double de celui des fils, de façon que chaque chef d'un des fils passe dans un trou spécial. Les fils passés dans les trous, l'opérateur moule la plaque sur les parties avec lesquelles elle doit être en rapport; puis, les lèvres de la plaie bien affrontées, il fait passer les deux chefs de chacun des fils dans un petit tube de plomb (tube de Galli), qu'il pousse jusqu'à la plaque et qu'il aplatit avec un davier. Le procédé de Sims, beaucoup plus simple, est tout aussi efficace.

Après l'opération, la femme est reportée dans son lit où elle reste couchée sur le dos, les jambes et les cuisses maintenues dans la demi-flexion à l'aide d'un coussin placé sous les jarrets.

Une sonde courbée en S (fig. 413) et percée en arrosoir du côté de la vessie, en étain ou en aluminium, sonde sigmoïde de Sims (self-retaining catheter), est laissée à demeure dans la vessie et conduit les urines dans un urinoir placé entre les jambes de la malade.

Des précautions doivent être prises pour que la femme n'aille à la selle que le plus tard possible, ce que l'on obtient en administrant un purgatif avant l'opération et puis en donnant des préparations opiacées.

On doit de temps à autre s'assurer que la sonde fonctionne convenablement.

Courty préfère ne pas laisser de sonde à demeure et faire sonder la femme de trois en trois heures; il fait faire plusieurs fois par jour des injections vaginales avec un hydroclyse.

Sims laisse les fils en place de huit à douze jours. Certains chirurgiens les enlèvent plus tôt.

Pour enlever les fils, on met la malade dans la position où elle était au moment de l'opération, on introduit un spéculum peu volumineux et, avec des pinces et des ciseaux, on va couper un côté de chaque anse et on l'extrait ensuite, en tirant sur la portion tordue. Après l'extraction des fils, on laisse encore la sonde quelques jours en place.

Telle est la méthode américaine, qui a subi dans son appareil instrumental des modifications variées, mais dont le caractère essentiel peut se résumer en deux mots : large avivement fait aux dépens de la muqueuse du vagin et n'intéressant pas celle de la vessie, suture ne pénétrant pas dans la vessie et rapprochant des surfaces et non des bords.

Je ne signalerai pas les modifications de détails apportées à la méthode américaine, je me contenterai de relater deux procédés qui diffèrent assez notablement de cette méthode, bien qu'elle en ait été le point de départ, celui de Simon (de Rostock) et celui de Duboué (de Pau).

Simon avive le vagin comme dans le procédé américain, mais il avive aussi le bord vésical de la fistule ; puis il passe deux plans de fils, les plus profonds pénétrant dans la vessie, les plus superficiels ne dépassant pas le vagin.

Le procédé de Duboué (de Pau), qui varie suivant l'étendue de la fistule, a cela de fondamental que ce chirurgien, au lieu de se contenter d'un simple avivement, taille de chaque côté de la fistule un lambeau formé par la muqueuse vaginale. Il applique ces lambeaux l'un contre l'autre par leur surface de cruentation et les maintient à l'aide de fils métalliques qui les traversent à leur base et qui s'engagent dans des trous percés dans des petits boutons de forme hémisphérique que l'on applique sur la muqueuse vaginale par leur partie convexe. Chaque bouton est percé de deux trous et livre passage à deux fils, que l'on fixe en les tordant l'un avec l'autre.

Dans les cas où la perte de substance qui constitue la fistule a des dimensions telles qu'on ne peut en espérer la réunion, il reste le procédé de Vidal (de Cassis) qui consiste à aviver le vagin en avant de la fistule et à réunir les parties avivées au moyen de la suture entortillée.

Je dois signaler aussi un procédé imaginé par Lannelongue et qui consiste, dans les cas de fistules de grandes dimensions, à aviver la muqueuse vaginale en avant de la fistule, la muqueuse vésicale en arrière, et à réunir par la suture la muqueuse du vagin et celle de la vessie. Ce procédé doit naturellement diminuer la capacité du réservoir urinaire.

Un mot d'appréciation : au lieu des succès douteux de Jobert que lui seul semblait pouvoir obtenir, on a aujourd'hui des succès éclatants réalisés à l'aide d'une méthode longue et minutieuse, il est vrai, mais qui n'exige pas une dextérité spéciale, la méthode américaine. Le procédé de Simon (de Rostock) me paraît vicieux en ce qu'il enfonce les fils dans la vessie, et celui de Duboué me semble une complication inutile.

Fistules uréthro-vaginales. — Les fistules uréthro-vaginales seront traitées comme les fistules vésico-vaginales, et la réunion sera encore plus facile à obtenir, en raison de l'intermittence du passage des urines.

On devra, d'autre part, prendre garde de ne pas rétrécir outre mesure le canal de l'urèthre, en rapprochant les bords de la fistule.

Fistules vésico-utérines. — Pour les fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, nous retrouvons encore les procédés de Jobert.

Dans les cas de fistules vésico-utérines, ce chirurgien employait deux procédés dans lesquels il divisait des deux côtés le col de l'utérus dans le sens des commissures. Dans l'un, il disséquait le vagin latéralement et en haut, et arrivé à l'ouverture vésicale de la fistule il réunissait ; dans l'autre, il avivait les deux lèvres du col qu'il réunissait ensemble par la suture, de sorte que le col de l'utérus était oblitéré et les règles s'écoulaient dans la vessie.

Pour les fistules vésico-utéro-vaginales, Jobert avait trois procédés ou procédons dans lesquels se retrouvent l'avivement des bords de la fistule et la suture entrecoupée. Dans le premier, on favorise la réunion en décollant le vagin dans les points où il s'insère encore sur le col, et en faisant de chaque côté des incisions longitudinales. Dans le troisième procédé on creuse une rigole sur la face extérieure du col utérin afin de maintenir plus aisément la cloison recto-vaginale.

En somme, pour les fistules vésico-utérines on avivera et on réu-

nira par la suture l'orifice du museau de tanche, de façon que les règles s'écoulaient par la vessie et par l'urèthre. Dans le cas de fistule vésico-utéro-vaginale, on réunira après avivement le bord vaginal ou antérieur de la fistule avec la lèvre postérieure du col, lequel s'ouvrira ainsi dans la vessie.

FISTULES RECTO-VAGINALES. — Pour les fistules recto-vaginales de très-petite dimension, on peut recourir à la cautérisation au nitrate d'argent, au fer rouge ou au galvano-cautère; mais, pour peu qu'elles soient étendues, une opération est nécessaire.

Saucerotte, après avoir dilaté le vagin avec un spéculum à deux branches et introduit dans le rectum un gorgerelet en bois dont il appliqua la convexité contre la fistule, excisa les bords de cette dernière et réunir par la suture du pelletier. Ayant échoué, il prit la précaution, dans une opération ultérieure, de prolonger la fistule et de fendre l'anus, et cette fois il réussit.

Jobert avivait les bords de la fistule du côté du vagin sur la femme placée comme pour la fistule vésico-vaginale, pendant qu'un aide soulevait avec un levier la paroi antérieure du vagin. Au besoin, il attirait la fistule en bas avec des pinces ou avec le doigt enfoncé dans le rectum. Il réunissait ensuite par la suture entrecoupée faite avec des fils plats. Tantôt il armait un fil de deux aiguilles qu'il introduisait alors du rectum dans le vagin, tantôt d'une seule, et alors il la passait du vagin dans le rectum et du rectum dans le vagin. Il terminait en pratiquant sur le vagin, de chaque côté, une incision longitudinale un peu plus longue que la fistule.

Malgaigne prolongeait les incisions libératrices jusque sur les grandes lèvres et le périnée.

Alp. Guérin a eu recours à un procédé consistant à séparer, après l'avivement, le vagin du rectum à l'aide de la dissection. Il fit une section transversale entre ces deux conduits, sur le périnée, et remontant de proche en proche, il les sépara jusqu'au-dessus de la fistule et réunir ensuite les bords de la plaie du rectum par une suture entrecoupée dont les fils sortaient par la plaie du périnée; il fit autant pour la plaie vaginale. La fistule diminua d'étendue, mais persista.

Le procédé le meilleur consiste à agir ici comme on le fait dans la méthode américaine pour la fistule vésico-vaginale; la femme

sera couchée sur le dos, le spéculum de Bozeman ou de Sims appliqué contre la paroi antérieure du vagin.

Le chirurgien avivra largement les bords de la fistule du côté du vagin sans toucher à la muqueuse rectale. Il passera des fils métalliques et fera la suture entrecoupée, en ayant soin de ne pas pénétrer dans le rectum.

FISTULES ENTÉRO-VAGINALES. — Elles sont constituées par l'ouverture dans le vagin d'une portion d'intestin autre que le rectum.

Roux, dans un cas de ce genre, ouvrit le ventre, sépara du vagin la portion d'intestin qui s'y ouvrait et l'invagina dans la partie inférieure du gros intestin. La malade mourut, et l'on s'aperçut que l'invagination avait été faite en sens inverse, c'est-à-dire vers la partie supérieure du gros intestin.

Casamayor a institué une opération mieux conçue. Il s'est servi d'un entérotome à branches terminées par une plaque ovale. L'une des branches est introduite par le vagin dans l'intestin qui s'y ouvre, l'autre est placée dans le rectum et disposée de façon que la plaque qui la termine vienne se mettre en rapport avec l'autre plaque à travers les parois correspondantes des deux portions d'intestin. La pression des plaques détermine une perte de substance et la communication avec le rectum de l'intestin ouvert dans le vagin.

Dans le seul cas où ce procédé a été employé, on a réussi à obtenir l'issue d'une partie des matières fécales par le rectum. La malade a succombé pendant le traitement.

Il faudrait probablement une opération complémentaire pour fermer la communication de l'intestin et du vagin.

CYSTOCÈLE VAGINALE OU PROLAPSUS DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU VAGIN. — Le traitement palliatif consiste à évacuer souvent les urines, à faire porter à la malade un pessaire approprié. Quant au traitement curatif, il est essentiellement chirurgical.

Jobert détroisait graduellement avec un crayon de nitrate d'argent la paroi vaginale sur deux lignes transversales; il avivait ensuite au bistouri les bords de la surface attaquée par le caustique, sans toucher au fond. Il rapprochait les deux plaies transversales ainsi obtenues, en repoussant en haut la portion intermédiaire, et les réunissait à l'aide de la suture entortillée.

Churchill signale un procédé qui consiste à exciser un lambeau