

Fistules utéro-vésicales. Dans les cas fort rares où l'utérus a été partiellement détruit dans un point correspondant à la vessie et où cette poche également perforée laisse écouler l'urine par la fistule utéro-vésicale qui en résulte, Jobert a eu recours à des procédés autoplastiques analogues à ceux que nous avons décrits. Tantôt la fistule est fermée et la cavité de l'utérus se continue avec le vagin, tantôt le col de l'utérus est seul oblitéré et le sang menstruel doit sortir par la vessie. Les observations de pareilles cures ne sont pas encore assez connues pour qu'on puisse savoir quel est l'effet du contact de l'urine sur la cavité de l'utérus ainsi convertie en poche accessoire de la vessie.

FISTULES RECTO-VAGINALES.

Ces fistules, plus rares que les fistules vésico-vaginales, ont aussi plus de tendance à guérir spontanément. C'est ainsi qu'une perforation énorme, observée par Philippe de Mortagne, en 1829, et soumise aux consultations des chirurgiens les plus distingués, qui l'avaient déclarée incurable, guérit spontanément.

Si l'on cherche, au contraire, les cas où la guérison a été obtenue par l'intervention de l'art, on en trouve à peine quelques exemples.

Tous les procédés des fistules vésico-vaginales semblent applicables à celles-ci : la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, pour les fistules de peu d'étendue; la suture, les érignes, pour les perforations plus considérables.

Saucerotte, après avoir introduit un spéculum dans le vagin et un gorgeret dans le rectum, pratiqua la *suture à surjet*. Les tissus se déchirèrent dans des efforts de défécation. Le chirurgien fendit alors le sphincter de l'anus et renouvela l'opération avec un succès complet.

La section du périnée fut pratiquée avec succès par Backer-Brown, en 1854, dans les mêmes conditions, et en 1859, par M. Richet. Ce dernier chirurgien reconnaît à cette opération préalable l'avantage de faciliter beaucoup les manœuvres opératoires qui suivent, et d'éviter la contraction spasmodique du sphincter anal qui compromet souvent le succès. L'opération se compose alors de quatre temps : 1^o division du périnée et de la cloison ; 2^o avivement ; 3^o suture vaginale ; 4^o suture du périnée.

Dans un cas de déchirure du périnée, de l'anus et de la cloison, Noël aviva les bords de la fente et les réunit à l'aide de deux épingle par la suture entortillée. La réunion se fit sur tous les points, et la guérison fut durable.

Décollement de la paroi vaginale. M. A. Guérin a essayé le décollement des parois de la cloison recto-vaginale et la suture isolée des deux cavités. La première incision fut faite au périnée, entre l'anus et la vulve, et poursuivie jusqu'à l'ouverture fistuleuse. Nous conseillerions de faire glisser les parois intestinale et vaginale en sens inverse, pour en empêcher les rapports directs. Un large avivement, pratiqué sur les bords opposés des deux fistules, serait un moyen d'arriver à ce résultat, qu'on favoriserait encore par l'emploi de sutures profondes, destinées à maintenir dans l'immobilité le déplacement imprimé aux deux organes.

Dieffenbach, ayant eu à traiter un anus congénital ouvert dans le vagin, fendit le périnée, alla chercher le rectum, qu'il sépara du vagin, et réunit l'ouverture anormale de ce dernier par quelques points de suture, après l'avoir avivée. L'enfant dut sa guérison à cette ingénieuse opération, qui pourrait être imitée.

FISTULES ENTÉRO-VAGINALES.

Une dernière classe de fistules vaginales mérite de fixer l'attention du chirurgien : ce sont celles qui résultent de l'adhérence anormale d'une portion d'intestin à la paroi postérieure du vagin avec perforation et communication des deux organes.

On se rappelle que le rectum et le vagin se trouvent immédiatement en rapport à une distance de 0^m,04 à 0^m,06 de l'anus, de manière à constituer la cloison recto-vaginale, et qu'ils sont séparés l'un de l'autre par un repli du péritoine, qui constitue le cul-de-sac recto-vaginal à quelques millimètres en arrière de cette cloison. La séreuse tapisse donc réellement le vagin en arrière, ce qu'elle ne fait pas en avant. On conçoit dès lors comment peuvent s'établir, par adhérences péritonéales, les fistules dont nous nous occupons.

L'art possède deux exemples d'opérations pratiquées pour la guérison de cette fâcheuse infirmité.

Roux conçut l'idée hardie de fendre la paroi abdominale, de détacher du vagin la portion d'intestin qui y aboutissait et d'invaginer celle-ci dans le gros intestin. La malade mourut à la suite de l'opération, et à l'autopsie on reconnut que l'intestin détaché avait été invaginé, non pas dans la portion rectale du gros intestin divisé, mais dans son bout iliaque.

Casamayor a fait à cette fistule une ingénieuse application de l'entérotome de Dupuytren. Il se servit d'une pince longue de 0^m,20, articulée comme un forceps, et dont chaque branche se terminait