

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 épingles 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

par une petite plaque ovale, munie d'engrenures. L'une des branches fut introduite au travers du vagin, de la fistule dans l'intestin, l'autre par l'anus dans la portion du rectum la plus rapprochée du trajet fistuleux entéro-vaginal; les deux branches furent alors rapprochées et maintenues en contact. Les portions correspondantes d'intestin ayant été mortifiées par la pince, il s'établit ainsi une communication directe de l'intestin grêle dans le rectum, qui donna passage aux matières fécales par l'anus.

Malheureusement une pneumonie vint enlever l'opérée avant la fin du traitement.

CORPS ÉTRANGERS DU VAGIN.

Les chirurgiens peuvent être appelés à extraire du vagin des éponges, des pessaires oubliés depuis longtemps par des femmes peu soigneuses, différents objets cylindriques de verre, de bois, de métal, des étuis, aiguilles etc., introduits tantôt par la femme elle-même, tantôt par accident.

Le corps étranger est-il engagé depuis peu de temps, le doigt indicateur ou une pince à pansement suffisent pour l'extraire. Est-il volumineux, irrégulier, capable de déchirer les tissus, on le brise sur place à l'aide de tenailles etc., et on en retire les fragments isolés avec les précautions convenables.

Le corps étranger (pessaire, par exemple) est-il resté des années entières au fond du vagin, et y a-t-il produit, comme on l'a vu, de grandes complications, telles que la perforation de la vessie, du rectum ou de ces deux organes à la fois, on l'amènera au dehors dans le sens de son moins large diamètre ou du côté où la surface en sera le plus polie. Lisfranc, dans un cas semblable, incisa une partie du périnée pour faciliter l'extraction d'un pessaire.

RENVERSEMENT DU VAGIN.

Déterminé en général par la descente de l'utérus, par la cystocèle ou la rectocèle vaginale, le renversement du vagin s'observe quelquefois indépendamment des causes précédentes, et l'on voit les parois de ce conduit, plus ou moins relâchées et plus ou moins altérées, faire saillie en dehors de la vulve.

La chirurgie moderne a imaginé d'ingénieuses opérations pour la guérison de cette affection.

Excisions partielles de la membrane muqueuse. Dieffenbach

opérait d'abord la *réduction* en pressant doucement avec les doigts, de la circonférence au centre, la surface du bourrelet recouverte d'un linge cératé. Il excisait ensuite quelques-uns des replis muqueux, formant comme autant de rayons concentriques à l'anneau vulvaire, dans lequel il pénétrait à 0^m,02 ou 0^m,03 de profondeur. Les plaies se cicatrisent par suppuration, et la coarctation de la vulve sert à prévenir le renversement.

Marshall, Heming, Ireland, ont proposé l'excision d'un large lambeau (elliptique selon les premiers, quadrilatère selon le dernier de ces chirurgiens) de la muqueuse latérale du vagin. Ils opèrent la réunion immédiate de la plaie au moyen de la suture.

Cautérisation. On a tenté la destruction, par les caustiques, d'une portion des parois vaginales, que l'on pourrait également saisir entre deux pinces porte-caustique. (Voy. *Hémorrhoides*, p. 383).

Pessaires. Le traitement le plus simple et le mieux accepté et supporté consiste dans l'emploi des pessaires.

Il existe deux sortes de pessaires vaginaux: ceux dits *en bondon* (fig. 566), représentant un cylindre creux d'un décimètre de longueur et de la largeur du vagin; les autres imaginés par M. Cloquet et nommés par lui *élytroïdes*. Ces derniers sont un peu aplatis, concaves en avant, légèrement renflés à leurs extrémités, et percés d'un canal central.

La femme couchée sur le dos, les cuisses et les jambes fléchies et écartées, on engage le pessaire, enduit de cérat, dans le vagin, par l'extrémité la plus étroite. S'agit-il du pessaire élytroïde (voy. fig. 564), on le présente à la fente vulvaire par le diamètre le plus large et à plat; l'angle postérieur déprime la fourchette, et l'antérieur glisse assez facilement au-dessous de la symphyse. On le pousse alors dans la direction du canal; puis, par un mouvement de rotation, on en place la concavité en avant, la convexité en arrière, et l'extrémité inférieure en travers, au-dessus des ischions. Les pessaires de caoutchouc vulcanisés de M. Gariel sont aussi fort utiles. (Voy. *Chute de l'utérus*, p. 562.)

Cystocèle vaginale. La hernie de la vessie du côté du vagin constitue dans cette cavité une tumeur gênante et plus ou moins volumineuse, dont un pessaire cylindrique paraît le meilleur moyen de traitement.

Rectocèle vaginale. On s'est occupé de nouveau de la hernie du rectum dans le vagin, déjà étudiée par Sabatier, Clarke, Monteggia etc.

Si un grand nombre de femmes ne se plaignent pas et ne pa-