

chent à éviter toute garde-robe. C'est la pratique que j'ai suivie longtemps et je l'ai abandonnée, car avec elle le succès ou l'insuccès dépendent du hasard.

Rien de mieux si on était sûr d'éviter les garde-robes pendant une dizaine de jours; malheureusement on ne l'est pas et quelquefois au sixième ou huitième jour les besoins de défécation deviennent si impérieux, que la malade ne peut y résister. Par suite de la constipation artificielle ce ne sont pas des matières plus ou moins molles qui se présentent à l'anus, mais une masse cylindrique parfois volumineuse, dure, qui surmonte toutes les résistances, et qui rompt le périnée ou la cloison ou quelquefois tous les deux ensemble. Il est préférable, suivant moi, de laisser les choses suivre leur cours normal et mieux encore de s'assurer que les selles seront molles mais non diarrhéiques en usant de quelques laxatifs légers. La plaie rectale, dira-t-on, sera baignée de liquide; cela est vrai, mais dans l'opération de la fistule vésico-vaginale n'en est-il pas de même de la partie vésicale de la plaie malgré la sonde à demeure. D'ailleurs, si l'on fait quelques points de suture rectale on aura encore diminué les inconvénients.

Une autre préoccupation est la présence des gaz et la nécessité de les rendre. Pour que leur évacuation soit possible il ne faut pas que l'anus soit trop fermé, ce qui arrive avec la suture sphinctérienne d'Emmet, dangereuse aussi, à ce point de vue, lorsqu'il a fallu reconstituer la cloison sur une certaine hauteur. On a conseillé l'usage d'une canule laissée à demeure; c'est un moyen dangereux pour plusieurs raisons. D'abord la canule excite des contractions du sphincter; puis, si elle est expulsée, la garde-malade en voulant la replacer pourra, par maladresse, déchirer la cloison. Il vaut donc mieux s'abstenir de ce moyen.

Les opinions varient encore sur la question de l'émission des urines. Faut-il laisser la malade uriner seule, faut-il la sonder, faut-il placer une sonde à demeure? Si la malade peut uriner seule, il vaut mieux le lui permettre; mais quelquefois elle ne le peut. Jen'aime par la sonde à demeure qui souvent cause de l'irritation et je ne l'emploie que si aucune des personnes qui entourent la malade ne sait pratiquer le cathétérisme.

Je conseille également l'abstention de tout lavage extérieur, de toute injection vaginale, de tout lavement, ils ont plus d'inconvénients que d'avantages, car il importe que rien ne dérrange les rapports des parties suturées; ce n'est qu'en cas de nécessité qu'on y aurait recours.

Les fils périnéaux peuvent être enlevés vers le sixième jour, les autres à partir du huitième. Pendant toute la durée de la

cicatrisation, la malade devra être tenue les cuisses rapprochées par une serviette embrassant les genoux.

Un débat s'est élevé sur la question de savoir si l'opération peut être pratiquée après l'accouchement. Roux voulait qu'on attendît la cicatrisation complète des surfaces de la déchirure; Nélaton retardait l'opération d'au moins quelques jours, jusqu'à ce que la plaie fût recouverte de bourgeons charnus. Ceci est de nécessité quand il y a des eschares; et il est bon de se souvenir que la suture a réussi sans avivement jusqu'au onzième ou au douzième jour.

Lorsque la déchirure est récente, deux ou trois points de suture, puisque l'avivement est alors inutile, suffisent le plus ordinairement. Mais si on est appelé à intervenir lorsque les lèvres de la déchirure se sont cicatrisées séparément et qu'il faille faire l'avivement et une véritable périnéorrhaphie, il faut, ainsi que je le dirai pour la fistule vésico-vaginale, attendre que les parties ne soient plus sous l'influence des modifications qu'a amenées l'état puerpéral.

X. — Fistules recto-vaginales.

Ces fistules succèdent assez souvent, comme on vient de le voir, à certains cas de périnéorrhaphie; quelquefois aussi la cloison se déchire seule dans les efforts de l'accouchement; et enfin la fistule peut être la suite d'un abcès.

J. Cloquet dit avoir guéri avec P. Dubois une fistule de 15 millimètres de diamètre, à l'aide de plusieurs applications successives du cautère actuel. Amussat a réussi de même avec les caustiques pour une fistule qui pouvait admettre une plume d'oie. Mais ce sont là des faits exceptionnels; et presque toujours la suture est indispensable.

La suture simple a été employée par Saucerotte et Placide Portal. Le premier échoua complètement; le second fut obligé de compléter le traitement par sept cautérisations. On a donc jugé nécessaire de joindre à la suture des incisions propres à relâcher les parties.

Procédé de Jobert. — La malade couchée comme il a été dit, un aide relève avec un spéculum à gouttière la paroi supérieure du vagin. Si la fistule est suffisamment en vue, il suffit d'en saisir les bords avec des pinces à dents, pour les aviver avec les ciseaux ou le bistouri. Si elle est trop profonde, on fait attirer la cloison recto-vaginale à l'extérieur, soit avec des érignes ou des pinces, soit, ce

qui est préférable, avec le doigt d'un aide introduit dans le rectum et recourbé en crochet pour renverser la cloison du côté de la vulve. On réunit ensuite par la suture entrecoupée, en armant chaque fil de deux aiguilles courbes que l'on enfonce à travers les deux lèvres de la plaie, et introduisant au préalable deux doigts dans le rectum pour le protéger. Enfin, la suture bien serrée, l'opérateur pratique sur les côtés du vagin deux incisions verticales, en dirigeant le bistouri en dehors et en arrière pour ne pas blesser le rectum. Ces incisions doivent être un peu plus longues que la fistule elle-même, et ont pour effet de détruire la tension de ses bords. On pourrait au besoin en pratiquer de transversales en haut et en bas.

Appréciation. — L'on a opéré les fistules recto-vaginales par trois procédés différents : par le vagin, par le rectum, en divisant le périnée. L'opération par le rectum est beaucoup plus difficile par suite du peu d'extensibilité du sphincter, la muqueuse rectale est plus vasculaire, moins résistante que celle du vagin, c'est donc un procédé à proscrire.

La section du périnée a quelquefois été faite, en particulier par Simon, pour faciliter l'avivement et la réunion de la fistule. Elle n'est acceptable que dans les cas où le périnée a été partiellement déchiré, ou lorsque des tentatives antérieures de réunion ont échoué. C'est donc par le vagin qu'on doit opérer. Il faut pratiquer un avivement assez large aux dépens de la muqueuse vaginale et passer les fils dans l'épaisseur de la cloison, mais sans pénétrer jusqu'au rectum. Il ne faut pas oublier que le vagin présente une grande laxité dans le sens vertical; si donc la forme de la fistule le comporte, il faudra passer les fils dans l'axe du vagin, de manière à ce que la ligne de réunion soit placée transversalement.

XI. — **Fistules vésico-vaginales.**

Les fistules vésico-vaginales peuvent naître de plusieurs causes, parmi lesquelles nous avons déjà noté la taille vaginale; mais le plus communément elles succèdent à un accouchement laborieux dans lequel la tête du fœtus arrêtée au passage a longtemps pressé la vessie contre le pubis. Elles siègent généralement sur la ligne médiane; quelquefois il y en a deux, l'une au centre, l'autre latérale, ou bien une de chaque côté. La forme est très variable; plus variable encore est l'étendue, depuis un pertuis imper-

ceptible jusqu'à un énorme cloaque où toute la cloison vésico-vaginale semble avoir disparu.

Une grave complication est celle dans laquelle un uretère ou même tous les deux s'ouvrent au bord de la lèvre supérieure. Il serait à désirer que l'on pût reconnaître cet état de choses à l'avance; mais la rétraction de la vessie, quand elle ne remplit plus les fonctions de réservoir, rapproche les uretères du col vésical, et trouble les notions qu'aurait pu fournir leur distance normale. Dans un cas où la fistule, large de 3 centimètres et haute de 2, commençait à 3 centimètres du méat urinaire, Follin a trouvé à l'autopsie l'uretère droit ouvert tout à fait au bord, le gauche un peu au-dessus vers la vessie.

Cette rétraction de la vessie entraîne un autre phénomène fort utile pour le succès de l'opération, savoir l'épaississement de la paroi vésico-vaginale qui va jusqu'à 6 et 8 millimètres, là où elle n'est pas altérée par des cicatrices.

Enfin, une donnée anatomique importante pour le traitement des fistules avec perte de substance, c'est que la vessie est en rapport avec la face antérieure de la matrice, dans une hauteur de plus de 3 centimètres entre le point le plus élevé du vagin et le cul-de-sac du péritoine. En divisant la paroi du vagin à son union avec la face antérieure du col utérin, on tombe d'abord sur un tissu cellulaire assez serré qui unit la vessie et la matrice, et un peu plus haut sur un tissu cellulaire lâche, qui se laisse facilement décoller avec le doigt, et permet de repousser la vessie en avant ou de l'attirer en bas pour combler la perte de substance. C'est ce que Jobert a appelé la *cystoplastie par glissement*.

De nombreux moyens ont été tentés contre les fistules vésico-vaginales. Il n'est plus question de l'*affrontement* simple, opéré par Desault avec un tampon, par d'autres avec des appareils plus ou moins compliqués; la *cautérisation*, employée contre les fistules très-petites, n'a peut-être jamais réussi à en fermer une seule. La *suture*, qui devait avoir de si belles destinées, débuta par une telle série de revers, que Vidal (de Cassis) proposa de recourir à l'*oblitération du vagin*; et Jobert lui-même jugea nécessaire de combler la fistule au moyen d'un lambeau emprunté à la grande lèvre et à la fesse, procédé auquel il donna le nom d'*élytrophlastie*. Puis les revers ayant encore dépassé les succès, il revint à la suture directe, mais en prenant soin, dans les fistules très-larges, de réparer la perte de substance au moyen de la *cystoplastie par glissement*; et, pour les fistules moindres, de prévenir le tiraillement par diverses incisions pratiquées au voisi-