

préfère faire pratiquer plusieurs fois par jour le cathétérisme pour empêcher la distension du réservoir urinaire.

3^e OBLITÉRATION DU VAGIN. — Cette opération, justement rejetée du traitement des fistules curables, se présente comme une ressource extrême pour celles qu'une opération ne pourrait guérir. Cependant l'oblitération est loin d'être facile à obtenir, et Vidal (de Cassis), qui le premier conseilla, pratiqua et défendit avec ardeur cette opération, est mort en doutant de la possibilité du succès, car ni lui, ni ses imitateurs n'avaient pu arriver à l'obtenir. Le premier succès n'a été obtenu que par Simon (de Darmstadt), en 1856, et depuis, les succès se sont multipliés.

L'oblitération peut être tentée dans les cas de fistule vésico-utérine, en oblitérant le col de l'utérus; dans les cas de fistules vésico-utéro-vaginales, en suturant la lèvre antérieure de la fistule vaginale à la lèvre postérieure de l'utérus, c'est-à-dire en rejetant dans la vessie le col de l'utérus; dans les cas de fistules vésico-vaginales inopérables, en oblitérant le vagin on en oblitérant la vulve.

On a eu recours, pour déterminer les adhérences, à la cautérisation ou à des opérations sanglantes, c'est-à-dire à l'avivement avec suture. La cautérisation employée par Vidal, Velpeau, Monod, Lenoir, Dieffenbach, Verneuil et Galliet pour oblitérer le vagin, n'a jamais réussi; c'est donc un moyen à rejeter, et qui ne saurait être employé que pour oblitérer les petits orifices résultant d'une tentative d'occlusion vaginale ou vulvaire laissée incomplète sur quelques points, après les opérations sanglantes.

A. *Oblitération du col utérin ou hystéro-kleisis.* — On incise sur les côtés le museau de tanche, afin d'obtenir vers les angles deux surfaces saignantes; on enlève sur les surfaces antérieure et postérieure un lambeau de muqueuse, et l'on fait la suture par les procédés ordinaires.

B. *Occlusion du vagin avec rejet du col utérin dans la vessie.* — Cette opération se pratique en avivant la lèvre antérieure ou vaginale de la fistule, puis en avivant la lèvre postérieure du col près de l'insertion du vagin au niveau du cul-de-sac postérieur et en suturant les deux parties avivées. Les règles coulent donc directement dans la vessie.

C. *Occlusion du vagin par formation de lambeaux autoplastiques.* — Bérard fit, sur tout le pourtour du vagin, en arrière des

petites lèvres, une incision circulaire, disséqua et décolla la lèvre postérieure de l'incision, de manière à avoir un lambeau en forme de diaphragme, lequel, repoussé en arrière, opposait vers le centre du vagin sa face cruentée, tandis que sa face épidermique regardait les parois vaginales, en arrière de la partie avivée. Bérard passa, autour de la petite circonférence libre de ce lambeau circulaire, une suture à points passés, introduisit par l'urèthre une sonde de Belloc dont le bouton venait ressortir dans le vagin, attacha au bouton de sonde les deux chefs du fil, qui vinrent sortir par l'orifice de l'urèthre. En serrant ces fils, le lambeau, tiré en arrière, se fronçait comme l'ouverture d'une bourse, en formant un cône creux ouvert en avant, tandis que vers son sommet il y avait adossement des surfaces cruentées. Les surfaces sur lesquelles le lambeau circulaire de muqueuse avait été détaché furent maintenues en rapport et en contact par la suture enchevillée. La malade de Bérard succomba. Le Dentu qui, au lieu d'un lambeau circulaire, tailla deux lambeaux latéraux semi-lunaires, vit les lambeaux se mortifier. Courty, au contraire, réussit en taillant ses deux lambeaux sur les faces vésicales et rectales du vagin.

D. *Avivement et suture des parois vaginales.* — Simon avive tout le pourtour du vagin sur une hauteur de deux à trois centimètres et réunit la paroi antérieure à la paroi postérieure à l'aide de points de suture assez rapprochés. Autant que possible, Simon avive la face vaginale du bord antérieur de la fistule et la suture à la paroi postérieure avivée du vagin. La suture est faite transversalement.

E. *Avivement et suture de la vulve.* — L'opération consiste à faire, sur le pourtour de l'anneau vulvaire, en dedans des petites lèvres, deux incisions parallèles circonscrivant un lambeau annulaire que l'on enlève, et à réunir par la suture les surfaces avivées.

F. *Suture de la vulve et établissement d'une fistule recto-vésicale.* — Dans un cas où il existait une fistule vésico-vaginale et vagino-rectale avec oblitération presque complète du vagin, destruction du col de la vessie et de l'urèthre, Baker-Brown compléta l'oblitération du vagin par plusieurs opérations successives, de sorte que la malade rendait par l'anus les urines et les fèces. Maisonneuve, en 1851, pratiqua de propos délibéré une fistule recto-vaginale, après avoir oblitéré la vulve, dans l'espoir de voir le sphincter anal retenir les urines qui devaient alors passer par

l'anus. La fistule s'oblitéra spontanément, et une ponction faite pour établir une fistule périnéale fut suivie de mort.

Appréciation. — L'oblitération du vagin ou de la vulve dans les cas de fistules vésico-vaginales inopérables par les procédés ordinaires, est destinée à débarrasser la malade d'une déplorable infirmité. Sans doute il est regrettable de supprimer ainsi les fonctions génératrices, mais il est peu de malades qui hésiteront entre ces deux alternatives. Le choix entre les procédés est le plus souvent guidé par la nature et la profondeur des lésions, mais autant que cela est possible il faut faire la réunion le plus en arrière possible. La suture vulvaire a non-seulement l'inconvénient de supprimer toute possibilité de copulation, elle a encore un inconvénient plus grave, c'est d'échouer plus souvent que l'occlusion vaginale. Je l'ai tentée une fois en 1872 sur une malade de Lariboisière, et je n'ai pu réussir qu'après trois opérations partielles. Sur 13 cas rapportés par Le Double il y eut 3 insuccès, 2 morts et seulement 8 guérisons. Ajoutons que l'occlusion de la vulve expose, plus encore que celle du vagin, à la formation de calculs urinaires dans le vagin. La réunion transversale est de beaucoup préférable à la réunion verticale; ceci s'explique facilement par ce fait que les parois antérieure et postérieure sont dans l'état normal en rapport l'une avec l'autre, et non les parois latérales. Les six tentatives de réunion par la cautérisation ont toutes été suivies d'insuccès, ce qui suffit à juger le procédé. Quant à la création d'une fistule recto-vaginale, c'est un procédé que je repousse, car si l'urine peut passer du vagin dans le rectum, il est à craindre que les matières fécales liquides ne passent à leur tour dans le vagin. L'occlusion transversale du vagin pratiquée le plus haut possible est donc le procédé qui mérite la préférence.

XII. — Fistules entéro-vaginales.

La communication de l'intestin grêle avec le vagin, accident assez rare du reste, mais dont Petit dans son travail de 1882 a pu réunir trente et un cas, résulte le plus souvent d'une perforation d'un cul-de-sac postérieur du vagin ou du canal cervical pendant l'accouchement. Cette rupture est suivie de la hernie d'une anse intestinale qui, si elle n'est pas réduite, peut se gangrener et amener la formation d'un anus anormal ou d'une fissure stercorale. Dans le cas de Gunzius, 1744, la hernie vaginale fut ouverte par

un chirurgien qui la prit pour un abcès. Dans le cas de Colman de Norwich, 1799, elle était due à la sortie d'un fœtus produit d'une grossesse extra-utérine, par le cul-de-sac postérieur du vagin. Dans le cas de Davey, 1835, la perforation du vagin et de l'intestin fut consécutive à une entérite aiguë et probablement à une pérityphlite car la communication anormale existait sur le cœcum. Dans l'observation d'Ashwell, 1845, l'ouverture fut consécutive à un phlegmon du petit bassin. Je citerai pour son étrangeté le cas rapporté en 1845 par le *Dublin Journal* d'une femme ayant eu une rupture du vagin pendant l'accouchement et chez laquelle un médecin (!) tira à l'extérieur dix-neuf pieds d'intestin, qu'un second médecin réséqua. Ce qu'il y a peut-être de plus extraordinaire, c'est que la femme ne mourut que le dix-septième jour.

La guérison spontanée des fistules stercorales entéro-vaginales a été plusieurs fois observée par Breitzmann en 1844, quatre mois après l'accident, par Kiwisch, 1843. Elle a pu survenir après de simples cautérisations au nitrate d'argent faites par Dahlmann. La guérison de l'anus anormal est au contraire tout à fait exceptionnelle, mais elle a été observée par Mac Keever en 1820 et dans des conditions singulières. La malade, cinq jours après l'accouchement, vit sortir de la vulve un mètre et demi d'intestin qui se sphacéla et produisit un anus anormal. Cependant il y eut une nouvelle grossesse qui amena graduellement la diminution dans la quantité de matières sortant par le vagin et finalement la guérison.

Un traitement palliatif a été tenté par Mac Keener, Dahlmann, Demarquay, Skinner : il consistait à tamponner le vagin pour forcer les matières à passer par le rectum. Il n'y eut pas de résultat sérieux.

Bartels, Gussenbauer ont essayé, sans succès, la cautérisation au fer rouge.

L'occlusion du vagin par la suture a été tentée par Jennings; la malade succomba le cinquième jour.

Roux, en 1828, dans l'intention de rétablir par la suture la continuité de l'intestin, fit la laparatomie, disséqua les adhérences qui retenaient l'intestin à l'ouverture vaginale, sutura les deux bouts isolés, les rentra dans le ventre et referma la plaie. La malade mourut et l'autopsie montra que Roux avait sectionné le bout stomacal de l'intestin grêle; mais qu'au lieu de sectionner le bout rectal de l'intestin grêle, il avait sectionné le colon descendant. De plus, il avait abouché le bout stomacal de l'intestin grêle, avec le bout stomacal du colon; de telle sorte que le bout rectal ou pé-