

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-

riphérique de l'intestin grêle continuait à s'ouvrir dans la fistule où il apportait le contenu du bout stomacal de l'ileum par l'intermédiaire du côlon et par un trajet rétrograde, tandis que le bout rectal du côlon s'ouvrait librement dans le ventre.

Casamayor, en 1826, ayant à traiter une femme de quarante-deux ans, chercha à établir une communication directe de l'intestin grêle au rectum. Il fit construire une pince spéciale dont une branche fut introduite par le vagin dans le bout supérieur de l'intestin, et l'autre introduite par l'anus et le rectum. Les deux branches tenues rapprochées déterminèrent l'escarrification des parties saisies et les matières sortirent à la fois par le vagin et par l'anus. On pouvait espérer une guérison, malheureusement la malade, non encore guérie, mourut de pleuro-pneumonie.

Verneuil et Otto Weber traitèrent cet anus anormal comme ceux qui s'ouvrent à l'extérieur. Verneuil introduisit dans les deux bouts de l'intestin une pince à polypes agissant comme entérotome, et la laissa onze jours en place. Malheureusement l'inflammation détermina l'occlusion du bout inférieur, et l'opération ne donna aucun résultat.

Otto Weber fut plus heureux. Une femme de vingt-trois ans avait eu le vagin déchiré par la main d'un accoucheur maladroit; il s'en était suivi une hernie intestinale et un anus anormal. Weber appliqua dans les deux bouts de l'intestin un entérotome de Dupuytren modifié pour sectionner l'éperon. Le troisième jour, des matières commencèrent à passer par l'anus. L'entérotome fut laissé en place six jours. L'orifice se réduisit peu à peu jusqu'à un diamètre d'un centimètre. Weber n'avait donc obtenu qu'un succès partiel. Après la mort de cet éminent chirurgien, Heine continua le traitement. Il fit une nouvelle application d'entérotome, puis il aviva les bords de la plaie vaginale, la sutura et, après quelques incidents, obtint une guérison complète.

Les faits, on le voit, sont peu nombreux, mais il semble que dans ces cas, c'est à l'entérotomie et plus tard à la suture qu'il faut donner la préférence.

ARTICLE III

DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'UTÉRUS ET SES ANNEXES

I. — Du cathétérisme de l'utérus.

Anatomie. — La cavité utérine, même à l'état normal, offre des dimensions très variables. En général, d'après Guyon, chez

les vierges, elle offre 45 à 50 millimètres de hauteur; chez les femmes ayant usé du coït, 48 à 55 millimètres; chez celles qui ont eu des enfants, de 55 à 60 millimètres; mais, aux époques menstruelles, la hauteur augmente de 5 à 10 millimètres. Sur la hauteur totale, la cavité du col prend de 26 à 29 millimètres à l'âge de la puberté; après plusieurs grossesses, 21 à 28 pour redescendre entre 14 et 24, après la ménopause.

L'orifice externe du col, ou *museau de tanche*, ne présente guère chez les vierges qu'une fente de 6 à 8 millimètres; il offre un diamètre double chez les femmes qui ont eu des enfants, et se rétrécit dans la vieillesse. L'orifice interne, avant la grossesse, offre un rétrécissement de 3 à 4 millimètres de diamètre, sur 5 à

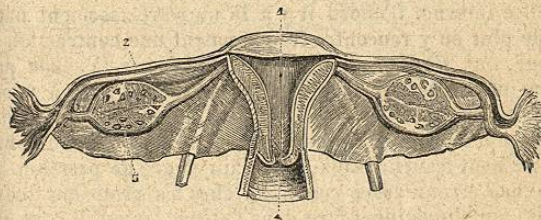


FIG. 770.

COUPE DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES.

1, Cavité de l'utérus. — 2, Canal de la trompe. — 3, Ovaire. — 4, Cavité du col utérin et vagin.

6 de longueur; et, même chez les femmes qui ont eu des enfants, il est toujours beaucoup plus étroit que l'externe. Entre les deux s'étend la cavité du col, ayant 5 à 8 millimètres en largeur, tandis que ses parois demeurent en contact d'avant en arrière. Sur ces deux parois, on aperçoit une saillie verticale de laquelle partent de chaque côté d'autres petites saillies qui montent en s'écartant; c'est ce qu'on nomme *l'arbre de vie*.

Enfin, dans l'état normal, l'utérus est le plus généralement un peu incurvé en avant, le col dans la direction du vagin, le corps incliné sur la vessie. Mais on comprend que l'état de plénitude ou de vacuité de ce dernier viscère influe beaucoup sur le degré d'incurvation de l'utérus.

Procédé opératoire. — La sonde utérine, appelée aussi *hystéromètre*, est une tige métallique légèrement recourbée, montée