

pareil accident arriva le sixième jour. J'ai eu aussi une suture manquée de cette façon. Il m'a suffi une fois de faire cathétériser le rectum trois fois par jour avec une sonde de femme, en y injectant chaque fois quelques cuillerées d'eau tiède pour le laver et évacuer le pus. Dans l'autre cas dont je viens de parler, je fendis le sphincter anal en arrière ; mais d'autres causes mirent obstacle à la réunion. Peut-être la double section du sphincter, comme la pratique M. Baker Brown pour la déchirure du périnée, serait d'un puissant secours pour assurer la guérison.

Du reste, le passage des gaz et des liquides n'est pas toujours un motif de désespérer ; chez l'une des malades de M. Jobert, la guérison n'en eut pas moins lieu. Mais en revanche, les réunions les plus solides en apparence ne sont pas toujours durables ; Roux a vu la cloison, après avoir résisté à un premier accouchement, se rompre à un deuxième ; et la fistule que j'avais réussi à oblitérer s'est rouverte au bout de quelques mois.

#### 40° *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 imperceptible jusqu'à un énorme cloaque où toute la cloison vésico-vaginale semble avoir disparu.

Une grave complication est celle dans laquelle un urètre 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 urètres 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, M. Follin a trouvé à l'autopsie l'urètre 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 M. 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 M. 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'*élytrophastie*. 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 voisinage de la suture, autre application de la méthode de Celse. De là date véritablement une ère nouvelle pour les fistules vésico-vaginales, ramenées au rang des lésions curables. Enfin, ces succès même ont conduit à demander si ces incisions étaient toujours indispensables ; et les chirurgiens américains, après de notables modifications apportées au procédé, en sont venus à employer exclusivement la suture simple. J'aurai donc à décrire : 1° le procédé de M. Jobert ; 2° la suture par le procédé américain ; 3° enfin j'ajouterai quelques mots sur l'*oblitération du vagin*, ressource extrême pour les fistules absolument incurables.

1° *Procédé de M. Jobert.* — Les instruments nécessaires sont 1° une gouttière de bois ou de métal, à manche coudé, destinée à déprimer la paroi postérieure du vagin, et d'autres pour écarter au besoin les parois latérales ; 2° des pinces de Museux ; 3° une sonde de femme ; 4° une seringue à injection ; 5° des bistouris aigus et mousses à lame courte, montés sur de longs manches ; 6° des ci-



seaux droits et courbes, à branches également allongées; 7° une longue et forte pince à dents de souris; 8° des aiguilles courbes enfilées d'un fil double; 9° un porte-aiguille simple, et selon le besoin, une sonde à dard aiguillé; 10° une douzaine de petites éponges fixées sur des tiges de bois; 11° une sonde de gomme élastique de 12 centimètres de longueur environ, munie à son extrémité externe d'une petite gouttière de sparadrap; 12° enfin un tampon d'amadou du volume et de la forme du pénis.

La malade couchée en travers de son lit, les cuisses fléchies et écartées, le chirurgien introduit la gouttière avec laquelle il déprime la paroi postérieure du vagin; et glissant le doigt indicateur gauche le long de la paroi antérieure, entre ce doigt et la gouttière, il porte sur le col utérin de longues pinces de Museux. On implante ces pinces dans le col dans une direction opposée au grand diamètre de la fistule, c'est-à-dire sur les côtés si la fistule est longitudinale, d'avant en arrière si elle est transversale; mais dans tous les cas, de manière à laisser entièrement libre l'insertion antérieure et latérale du vagin au col de l'utérus. On retire alors la gouttière; puis, par des tractions ménagées, on attire le col aussi bas que possible, de manière à amener la fistule sous les yeux de l'opérateur; si les premières pinces ne suffisent pas, on en implante d'autres; et si les replis du vagin empêchent de bien voir, on les fait écarter par les doigts d'un aide ou par les gouttières latérales; et enfin on se livre à une dernière exploration, en introduisant successivement la sonde par l'urètre et par la fistule, et en lançant une injection par l'urètre.

Ceci fait, suivant l'étendue de la fistule et les besoins de l'opération, une incision semi-lunaire est pratiquée transversalement sur le vagin à son point d'insertion au col, en ayant soin de le décoller par une dissection lente faite d'avant en arrière, et le tranchant tourné vers le col utérin, dont on ne doit pas craindre de diviser au besoin les fibres superficielles.

On passe alors à l'avivement de la fistule. On saisit l'une de ses lèvres avec la pince à dents de souris, et l'on avive avec le bistouri aigu ou mousse, ou avec les ciseaux, au gré de l'opérateur; cet avivement doit porter sur toute l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, emportant les tissus calleux, pour avoir de larges surfaces saignantes et d'une bonne vitalité. Si la fistule était longitudinale, on commencerait à peu près indifféremment par l'une ou l'autre lèvre; pour les fistules transversales, il est mieux de commencer par la lèvre postérieure, qui, se trouvant plus déclive que l'autre, serait masquée par le sang si l'on avait d'abord avivé la lèvre antérieure.

On étanche le sang avec les éponges, ou bien on fait des injections d'eau froide par l'urètre et par le vagin pour faire cesser le suintement; et l'on passe à l'application des points de suture. Toutes les fois que la fistule a pu être amenée au bord de la vulve, on enfonce l'aiguille par la face vaginale de la lèvre postérieure, ayant soin de traverser la paroi vésico-vaginale tout entière; l'aiguille entrée ainsi dans la vessie attaque le côté vésical de l'autre lèvre, et ressort du même coup par le vagin. La manœuvre est alors assez facile. Si la fistule placée trop haut, ou le col utérin résistant à l'abaissement, ne permettait pas d'agir aussi librement, il faudrait introduire par l'urètre dans la vessie la sonde à dard; le bout de cette sonde appliqué sur une des lèvres de la plaie, on pousse le dard armé de son fil ciré; dès qu'il apparaît dans le vagin, on dégage le fil; le dard est retiré dans sa gaine, la sonde appliquée de nouveau sur la lèvre opposée qu'il traverse de la même manière; et le fil dégagé de nouveau, les deux lèvres de la fistule se trouvent ainsi embrassées dans une anse complète. Ces manœuvres sont grandement facilitées par l'application de la gouttière sur la face postérieure du vagin.

On passe ainsi un certain nombre de points de suture, sans trop les multiplier. En général, on peut les espacer à un centimètre d'intervalle. On les serre modérément, de manière à amener les lèvres de la fistule au simple contact; du reste, avant de faire les nœuds, il est bon de rapprocher les bords de la fistule en attirant les chefs des ligatures au dehors; on essaye alors si une sonde de femme peut passer dans leurs intervalles; on s'assure aussi qu'une injection lancée dans la vessie ne sort plus par le vagin; à ces signes, on juge que les sutures sont en nombre suffisant, et l'on assujettit les fils par un double nœud; après quoi les fils sont coupés près des nœuds. Une injection faite dans la vessie doit revenir tout entière par la sonde. Après cette épreuve, on retire les pinces de Museux; des injections froides sont faites dans le vagin pour le débarrasser du sang qui le souille, et l'opération proprement dite est terminée. Il ne reste plus qu'à placer la sonde à demeure dans la vessie, en évitant de heurter la paroi qu'on vient de recoudre; et enfin on enfonce dans le vagin le tampon d'amadou, en vue d'absorber le sang qui pourrait suinter après l'opération.

Une condition essentielle au succès, c'est que l'urine s'écoule librement par la sonde. Il faut donc visiter celle-ci plusieurs fois par jour; si elle ne fonctionne pas, ou bien on y pousse une injection pour la débarrasser du mucus ou des caillots qui la bouchent, ou bien on la remplace par une sonde nouvelle.



J'ai suivi jusqu'ici le procédé décrit par M. Jobert lui-même ; mais il y a apporté, selon les cas, des modifications assez importantes.

D'abord, quand le vagin a de l'ampleur, il laisse de côté les pinces de Museux, et sans attirer le col utérin au dehors, il va aviver directement les fistules les plus profondes.

En second lieu, ce n'est que dans les cas les plus rares et quand la paroi vésico-vaginale manque pour ainsi dire en entier, qu'il décolle la vessie de l'utérus ; en général, il se borne à des incisions qui entament uniquement la paroi du vagin. Ces incisions se font parallèlement aux lèvres de la fistule, soit en haut, soit en bas, quelquefois sur les côtés ; en un mot, dans le sens où l'on aperçoit un tiraillement qu'il importe de supprimer. Il en résulte que ces incisions sont beaucoup mieux pratiquées après la suture, puisqu'alors on juge plus exactement du degré du tiraillement et du sens dans lequel il s'exerce. Lors même qu'on présume avoir besoin du décollement de la vessie, procédant avant la suture, on risque d'avoir une hémorrhagie en nappe qui gêne pour le reste de l'opération ; et j'ai établi en règle de pratiquer avant tout l'avivement et le passage des fils, et même de serrer les sutures quand l'écartement des bords ne s'y oppose pas. D'un autre côté, on se dispense de toute espèce d'incision quand il n'y a pas de tiraillement manifeste.

L'avivement est quelquefois facilité en passant par l'urètre une sonde de femme, avec laquelle on déprime la région fistuleuse pour l'amener sous les yeux de l'opérateur. De même, après l'avivement, j'ai trouvé très commode de porter un doigt dans la vessie à travers la fistule pour diriger l'aiguille.

Le nombre des sutures demande d'ailleurs une sérieuse considération. M. Jobert craint de les multiplier, de peur d'amener une inflammation des parties ; on a vu qu'il recommande de les placer à un centimètre de distance ; il dit même ailleurs qu'il suffit d'en mettre cinq dans un espace de 3 pouces (8 centimètres). Mais il a estimé trop au hasard ces distances ; et en fait, et avec raison, il les rapproche bien davantage.

Il coupait les fils près du nœud, pratique commandée en quelque sorte par l'emploi du tampon d'agaric ; il en résultait parfois une grande difficulté pour les saisir et les extraire. J'ai d'abord rejeté ce tampon, à la fois inutile et nuisible ; s'il survient quelque écoulement de sang, on en fait justice avec des injections d'eau froide. Dès lors je ne coupe que l'un des chefs près du nœud, laissant l'autre pendre dans le vagin sans dépasser la vulve ; ce fil me sert plus tard de conducteur pour arriver sur l'anse et y diriger les ciseaux.

Enfin M. Jobert laissait d'abord les fils en place onze, quinze et

jusqu'à vingt-deux jours. Je les ai enlevés avec succès le septième jour ; et lui-même aujourd'hui les retire généralement du septième au neuvième jour. Pour cela, on ressaisit le col utérin pour amener les points de suture sous les yeux de l'opérateur ; on coupe avec des ciseaux l'un des côtés de l'anse de fil, et on la retire par l'autre bout.

D'autres chirurgiens avaient essayé de placer la femme sur le ventre, ou plutôt sur les coudes et les genoux ; et de remplacer les fils végétaux par des fils métalliques. Ces tentatives, longtemps jugées frivoles, ont été remises en honneur dans le procédé américain.

Ce procédé se distingue d'ailleurs par des innovations plus importantes. Ainsi, les fils des sutures étaient passés dans la vessie même ; M. Hayward a fait une loi de laisser la muqueuse vésicale en dehors de la suture. On se servait généralement de gros fils doubles ; M. Hayward a insisté pour leur substituer des fils très fins, tels que la soie de dentiste ; et M. Marion Sims a introduit l'emploi de fils d'argent ayant au plus le volume d'un crin de cheval. Enfin M. Bozeman a rapproché les sutures à moins de 5 millimètres de distance. A ces points essentiels, chaque opérateur a ajouté ses petites modifications personnelles ; mais le procédé le mieux combiné paraît être jusqu'ici celui de M. Bozeman.

2° *Procédé de M. Bozeman.* — Les instruments sont assez nombreux ; je les indiquerai pour chaque temps de l'opération qui en réclamera l'emploi.

La malade est placée sur les coudes et les genoux, le bassin élevé, la tête inclinée et plus basse. La paroi postérieure du vagin est soutenue et refoulée en arrière au moyen d'un spéculum métallique en forme de gouttière profonde, muni d'un manche recourbé et très long qu'un aide peut tenir à pleine main en prenant un point d'appui sur le dos de la malade. Cette gouttière est de cuivre argenté, de manière à réfléchir fortement la lumière sur la paroi antérieure et sur la fistule ; à la faveur de cette lumière, on procède immédiatement à l'avivement.

L'avivement s'opère en soulevant les tissus à l'aide de pinces à dents de souris, et là où elles ne mordent pas, avec un petit crochet aigu ; pour la dissection et l'excision, on se sert de bistouris fins, à long manche, inclinés sur le bord, et de longs ciseaux courbes sur le plat et sur le tranchant à la fois, et de plus coudés sur les branches pour ne pas masquer les parties.

L'avivement ne doit pas aller jusqu'à la muqueuse vésicale ; mais en revanche, on le pratique largement sur la muqueuse vaginale.



dont on enlève au besoin jusqu'à une zone de 10 millimètres et plus sur tout le pourtour de la fistule. On commence par aviver la partie de la cicatrice la plus voisine de la vessie, en procédant lentement, à petits coups, saisissant l'un après l'autre chaque point de la cicatrice, épongeant à mesure, et soulevant de temps à autre les tissus avec une petite spatule courbe pour juger du degré de l'avivement; puis, quand celui-ci est bien complet au fond de la fistule, on passe à l'excision de la muqueuse vaginale. La minutie de cette description répond à la minutie de l'opération; de la parfaite exécution de celle-ci dépend le succès; et l'on y met quelquefois une heure et même davantage.

Pour placer les points de suture, on se sert de l'aiguille courbe ordinaire; mais les fils métalliques n'y sont pas passés directement. Chaque aiguille est armée d'un fil de soie double, dont l'anse laissée à l'extérieur devra recevoir le fil d'argent et l'entraîner à son tour. L'aiguille étant d'ailleurs montée sur un porte-aiguille à l'ordinaire, l'opérateur la plonge à environ 5 millimètres du bord de la surface avivée, la pousse obliquement de manière à la faire sortir près de la muqueuse vésicale, sans y toucher, et lui fait traverser l'autre lèvre de la division en sens inverse. Le petit crochet déjà employé pour l'avivement sert encore ici à soutenir la cloison vésico-vaginale dans le point qui doit être traversé par l'aiguille.

On place ainsi un nombre suffisant de fils de soie, à 4 ou 5 millimètres de distance; en prenant soin qu'ils soient tous à égale distance les uns des autres et à égale distance des bords de la plaie, afin que les efforts de traction se répartissent sur tous les points. Ce sont là d'ailleurs les règles générales d'une suture bien faite; et il n'y a rien de nouveau, si ce n'est le scrupule que les opérateurs américains mettent à les observer.

A mesure que chaque fil de soie est passé, on en confie les chefs à un aide; et quand tous sont en place, on s'occupe d'engager dans leurs anses les fils métalliques, que l'on entraîne l'un après l'autre dans les tissus, en retirant les premiers.

Reste à opérer la striction. D'abord, pour rapprocher les bords de la plaie, M. Bozeman a un instrument spécial dit *ajusteur de la suture*. C'est une longue tige d'acier, surmontée d'un petit disque aplati percé d'un trou à son centre. Dans ce trou il engage les deux bouts de chaque fil, et tandis qu'il les tend de la main gauche, il fait glisser le disque jusque sur la plaie, de manière à en procurer l'affrontement exact, et à imprimer aux fils la forme d'un anneau qu'il ne s'agit plus que de serrer. Alors, nouvel instrument. Il a pris soin de préparer, avant l'opération, deux ou trois petites lames de plomb, d'un millimètre d'épaisseur, taillées à peu près de

l'étendue et de la forme que devra offrir la plaie affrontée, déprimée au centre pour ne pas presser sur les lèvres de celle-ci; c'est ce qu'il appelle le *bouton*. Au moment où nous sommes arrivés, il y perce avec un foret autant de trous qu'il y a de points de suture, fait passer par chaque trou les deux chefs de chaque anse, et pousse la plaque jusqu'au contact de la paroi vaginale, sur laquelle il l'ajuste avec un petit crochet spécial qu'il appelle *ajusteur du bouton*.

Enfin, faisant couler sur les fils des anneaux de plomb semblables à ceux de Galli, il les pousse jusque sur la plaque, les écrase avec un davier, replie ensuite les fils de chaque côté, les coupe; et l'opération est terminée. On reporte la malade dans son lit, et l'on place à demeure dans la vessie une sonde métallique en S italique, percée de trous nombreux vers son extrémité vésicale, et terminée en gouttière en avant.

Les fils ne doivent être enlevés qu'au bout de neuf à dix jours. A cet effet, la malade est replacée sur les coudes et les genoux, la paroi vaginale postérieure relevée comme lors de l'opération; à l'aide de longs ciseaux courbes, on coupe les fils au delà de l'anneau de plomb. La plaque est alors facilement retirée, et après avoir redressé avec de longues pinces plates les bouts saillants des fils, on les attire doucement au dehors. La malade doit garder le lit et la sonde encore douze jours; après quoi seulement on lui permet de se lever.

*Appréciation.* — Disons d'abord que l'opération de la fistule vésico-vaginale n'est pas très grave par elle-même. Sur 28 malades dont les observations ont été données par M. Jobert, et dont quelques-unes ont été opérées plusieurs fois, on trouve 4 mortes; encore faut-il tenir compte de l'influence des hôpitaux de Paris; sur 60 faits réunis par M. Follin d'après la pratique de MM. Bozeman, Baker Brown et Simpson, il n'y a eu qu'un cas de mort.

Les insuccès sont infiniment plus communs. Nombre de fistules n'ont pu être guéries qu'après deux, trois et jusqu'à neuf opérations. Sur les 60 cas rassemblés par M. Follin, il y a eu seulement 39 guérisons primitives, 43 après deux opérations ou plus, et enfin 7 fistules rebelles.

Si nous comparons maintenant les deux grands procédés en lutte, il y a trois points de vue où ils semblent particulièrement différer: la position de la malade, les instruments, et les idées.

La position sur les coudes et les genoux n'est pas nouvelle; elle avait été essayée et rejetée parmi nous. On allègue qu'elle met mieux en vue les parties sur lesquelles on doit agir, surtout avec



le spéculum réflecteur ; que la dissection faite de haut en bas est moins fatigante que de bas en haut ; que la paroi antérieure de la vessie attirée vers l'ombilic par le poids des viscères ne s'engage pas dans l'ouverture de la fistule. Mais, d'un autre côté, le poids des viscères entraîne aussi la paroi postérieure et la fistule, qui s'éloigne ainsi de l'ouverture ; et par-dessus toute chose, la position est tellement pénible pour les opérées, que M. Marion Sims, lorsqu'elles se sentent trop fatiguées, a pris le parti de les coucher sur le côté. Aussi déjà M. Baker Brown, à Londres, est revenu au décubitus dorsal.

Le décubitus sur le côté accuse particulièrement le désir de faire autrement, plus encore que le désir de mieux faire. J'en dirai autant de la substitution de la sonde métallique à la sonde de gomme élastique. M. Jobert a justement signalé la nécessité d'avoir une sonde légère, pour ne pas irriter l'urètre. M. Charrière a construit à cet effet des sondes d'aluminium ; la sonde de gomme élastique répond à l'indication mieux que toute autre.

Je ne dirai rien de la multiplicité des instruments employés pour le serrement des sutures ; cela est purement accessoire, et chaque opérateur a inventé à cet effet des instruments particuliers. L'emploi des fils métalliques exige d'ailleurs des moyens spéciaux pour les serrer ; mais, avant tout, je voudrais être un peu mieux édifié sur la valeur de ces fils métalliques. M. Marion Sims a proclamé que l'emploi des fils d'argent était la plus grande découverte chirurgicale de notre siècle. M. Simpson et M. Baker Brown ont déjà remplacé les fils d'argent par des fils de fer recuit, sans motif bien puissant, si je ne me trompe, hors le désir de changer. Mais, fer ou argent, ils s'accordent à reconnaître aux fils de métal de grands avantages ; ils n'enflamment pas, ils ne coupent pas les tissus, etc. Il importerait de savoir si ces avantages, quelque peu exagérés, ne seraient pas plutôt le fait de leur ténuité que de leur matière, et si les minces fils de soie de M. Hayward ne réussiraient pas aussi bien. Par malheur, ainsi que j'ai eu déjà occasion de le dire, tout est ici matière à conjecture, et il n'existe pas d'expériences comparatives. Seulement, il semble assez bien établi que les tissus étreints par des sutures fines et multipliées, résistent mieux que sous des sutures plus rapprochées et plus épaisses ; là serait l'un des plus grands avantages de la suture américaine ; et pour les fistules vésico-vaginales, un avantage non moins considérable, à mon avis, est le passage des fils en dehors de la vessie.

J'estime donc qu'en ce qui touche les sutures, le procédé ancien aura à gagner à se rapprocher du procédé nouveau ; mais il reste une autre question, qu'il ne faut pas confondre avec la précédé-

dente, savoir, si le procédé nouveau est destiné, comme il en témoigne l'assurance, à remplacer les procédés autoplastiques de M. Jobert. A cet égard, je n'hésite pas à affirmer le contraire. Partout où la réunion pourra se faire sans tiraillement, que l'on se borne à la suture, cela est tout à fait rationnel ; mais en cas de tiraillement manifeste, que l'on ne veuille pas s'y opposer, c'est contrevenir à plaisir aux premières lois de la chirurgie. Il y a autre chose en médecine opératoire que des procédés et des instruments ; il y a des indications ; et l'indication de supprimer le tiraillement dans l'affrontement des plaies est une de celles qu'il serait le plus imprudent de violer. Les résultats mêmes du procédé américain montrent du reste, dans un bon nombre de cas, l'insuffisance de la suture simple.

Je voudrais d'ailleurs ajouter ici une remarque qui s'applique à tous les procédés. Il n'y a pas encore vingt ans, on se montrait d'une rigueur excessive pour admettre la guérison d'une fistule vésico-vaginale ; je crains qu'on ne devienne trop facile aujourd'hui. M. Follin lui-même donne comme guérie une femme opérée par M. Bozeman à l'Hôtel-Dieu, et qui très assurément ne l'est pas. Ici la constatation a été faite : l'urine filtre par un pertuis très sensible. Mais il est des cas plus difficiles ; lorsque la femme garde son urine au lit sans en laisser échapper une seule goutte, et qu'une injection lancée dans la vessie revient entièrement par l'urètre, si cependant, dans la station debout, quelques gouttes d'urine s'échappent involontairement, on en accuse l'affaiblissement et comme une sorte de paralysie de l'urètre. Je ne veux pas nier qu'il en soit ainsi quelquefois ; mais voici ce qui m'est arrivé. Une femme que j'avais opérée était dans les conditions que je viens de dire ; les injections revenaient par l'urètre, le spéculum ne montrait ni orifice ni suintement dans le vagin ; nous accusâmes donc l'atonie de l'urètre. Elle s'en retourna en province ; plusieurs semaines après, elle se croyait encore guérie : je publiai l'observation. Cependant, l'écoulement persistant, elle revint se soumettre à un nouvel examen ; nous reconnûmes enfin une fistule presque imperceptible, qui fut fermée à l'aide d'un unique point de suture ; et cette fois il n'y eut plus lieu d'accuser l'urètre.

Lorsque l'urètre vient s'ouvrir dans l'épaisseur des bords de la fistule, M. Jobert conseille de pratiquer la suture à l'ordinaire, et dit l'avoir fait avec succès. On peut douter d'abord que la réunion s'opère dans des conditions pareilles ; et si elle s'opérait, il y aurait tout à craindre de la rétention d'urine qui se ferait dans l'urètre et dans le rein. M. Bozeman a réussi autrement ; il aviva les bords de la fistule, coupa les uretères, et les fendit du côté de



la vessie dans l'étendue de 6 à 7 millimètres, pour rejeter l'entrée de l'urine dans la vessie à une certaine distance de la ligne de réunion. Je ne peux m'empêcher de remarquer ici que M. Bozeman a expliqué après coup son insuccès à l'Hôtel-Dieu par la présence dans le point resté fistuleux de l'orifice d'un uretère, qu'il avait vu, dit-il, et qu'il n'avait pas voulu disséquer.

3° *Oblitération du vagin.* — Cette opération, justement rejetée dans les fistules curables, se présente comme une ressource extrême pour celles qui ne le sont pas. La grande difficulté était de réussir; et Vidal (de Cassis) est mort en doutant de la possibilité du succès. Quelques chirurgiens allemands ont été plus heureux.

M. Simon (de Darmstadt) a avivé tout le pourtour du vagin sur une hauteur de 2 à 3 centimètres, et réuni la paroi antérieure à la paroi postérieure à l'aide de 6 à 7 sutures, pratiquées à un demi-centimètre de distance. Il a opéré ainsi six femmes, sans obtenir jamais du premier coup une réunion complète; il reste ordinairement deux petites ouvertures qu'il faut fermer, soit par la cautérisation, soit par un second avivement avec la suture.

Comme le vagin n'a pas la contractilité nécessaire pour expulser l'urine, on aurait pu craindre que la rétention de ce liquide amenât de l'inflammation et la formation de calculs. Jusqu'à présent, M. Simon n'a rien observé de semblable; deux fois seulement il est survenu un catarrhe vésical qui a disparu en quelques semaines. M. Simon a pu suivre deux de ses opérées plus de deux ans après la guérison; elles sont bien portantes, et l'urine est claire, hormis pendant l'époque menstruelle. MM. Wernher et Roser paraissent aussi avoir obtenu chacun un succès complet.

#### Art. III. — Des opérations qui se pratiquent sur l'utérus.

##### 1° Du cathétérisme de l'utérus.

*Anatomie.* — La cavité utérine, même à l'état normal, offre des dimensions très variables. En général, d'après M. 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, 24 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 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 6 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 sur un manche, et portant les divisions du mètre pour juger à quelle profondeur elle a pénétré dans l'utérus.

La malade placée comme pour l'application du spéculum, on commence par reconnaître au toucher la direction de l'utérus; puis on introduit l'indicateur gauche de manière à en appliquer la pulpe sur la lèvre postérieure du col, en arrière de son orifice; et sur ce doigt on fait glisser la sonde, la convexité tournée en arrière. On pénètre dans l'intérieur du col en portant le manche en haut et un peu en arrière; et en poursuivant ce mouvement, s'il n'y a pas de déviation, on arrive jusqu'au fond de l'utérus.

La sonde est arrêtée quelquefois, dit-on, par les saillies de l'arbre de vie; on l'en dégagerait au besoin par quelques mouvements de latéralité. Mais un obstacle beaucoup plus sérieux l'attend à l'orifice interne. D'abord, il y a là un rétrécissement naturel; mais de plus on y rencontre fréquemment une contraction spasmodique, qui, s'exerçant même quelquefois sur la sonde préalablement introduite, oppose une résistance assez forte à sa sortie. M. Bennet, après avoir pratiqué le cathétérisme sur 600 femmes, déclare qu'il a presque toujours rencontré en ce point un obstacle qu'on ne peut franchir sans un certain degré de pression. De là même une erreur assez commune chez les praticiens inexpérimentés, qui s'imaginent être dans l'utérus lorsqu'ils sont encore dans le col; selon M. Bennet, ce n'est pas assez de pousser la sonde à 38 et même 44 millimètres de profondeur, il faut absolument qu'elle ait pénétré au delà de 50 milli-