

une pression amenant un point de gangrène ; l'écoulement de l'urine survient alors du quatrième au douzième jour ; J.-L. Petit l'a noté après un mois ; Jobert a rapporté le fait d'une femme dont l'urine commença à couler le soixante-huitième jour, et dont l'eschare fut trouvée le vingt-deuxième jour à l'entrée de la vulve.

Nous n'avons nullement besoin de dire qu'une fistule n'est complète que lorsque les bords de l'ouverture sont cicatrisés, ce qui exige une dizaine de jours après l'incision de la cloison ou après la chute de l'eschare.

Quant à la vaginite, elle débute plus ou moins tôt, suivant l'état du vagin ; si cet organe est intact lorsque la fistule s'établit, il faut un temps assez long pour que la présence de l'urine amène l'inflammation vaginale : mais si le vagin a été contusionné d'une manière générale, si encore il y a eu quelques points de gangrène sur ces parois, on comprend que l'arrivée de l'urine empêchera ces surfaces de se cicatriser et entretiendra forcément une inflammation dans le vagin.

#### § IV. — Pronostic.

Le pronostic des fistules vésico-vaginales est excessivement grave, puisqu'une fistule abandonnée aux efforts de la nature ne guérira jamais. Quelques chirurgiens ont cité cependant plusieurs observations de guérisons sans aucun traitement : mais les fistules étaient survenues à la suite de tailles vaginales.

La santé générale des malades se ressent rapidement d'une pareille lésion ; ces malheureuses femmes ne mangent plus, maigrissent, ne voient plus revenir leurs règles, tombent dans un tel marasme qu'elles succomberaient rapidement si la chirurgie ne venait à leur secours.

#### § V. — Diagnostic.

Si l'on s'en tenait à la théorie, le diagnostic des fistules serait dénué de toute difficulté ; l'écoulement continuel de l'urine et l'examen des parties malades lèveraient tous les doutes ; mais en pratique il n'en est plus de même, et dans quelques cas le diagnostic demande une grande attention.

Souvent, à la suite d'accouchements laborieux, le col de la vessie perd sa contractilité, et les malades laissent échapper involontairement leurs urines. On pourrait croire à une fistule, et, pour éviter une pareille erreur, il faut avoir recours à l'examen du vagin.

Lorsqu'on a affaire à des fistules ayant un et demi à deux centimètres de diamètre, le toucher suffira pour constater la perforation ; mais, pour les fistules de petit diamètre, le doigt porté sur toute la paroi du vagin ne permettra pas de reconnaître le siège de la fistule, et même avec le spéculum, on éprouve des difficultés à reconnaître la lésion.

Nous n'entrerons ici dans aucun détail sur les divers modes d'examen du vagin : nous les étudierons tout au long en parlant du traitement ; nous dirons seulement que si, malgré le déplissement complet du vagin, on ne peut apercevoir la fistule, il faut avoir recours aux injections colorées dans la vessie. La sortie du liquide sur la paroi du vagin indiquera le siège de la fistule, et la sortie du liquide par le museau de tanche fera reconnaître une fistule vésico-utérine.

Ces injections colorées ne sont nécessaires que pour les fistulettes vésico-vaginales et pour les fistules vésico-utérines, car les fistules vésico-utéro-vaginales sont ordinairement assez considérables pour que le toucher et l'examen au spéculum les indiquent bien nettement.

#### § VI. — Traitement.

Avant d'étudier le traitement des fistules de la vessie, nous devons rechercher quel est le moment le plus favorable pour tenter la réunion.

Doit-on opérer dès que la fistule est produite, ou doit-on attendre la cicatrisation complète des bords de la fistule ?

Nous pensons que pour des fistules produites par un instrument tranchant sur une vessie non malade, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer la suture immédiate ; si, au contraire, l'incision a été faite sur une vessie enflammée, tendant à s'ulcérer par la présence d'une pierre ou d'un corps étranger contenus dans son intérieur, on doit agir comme pour les fistules survenues à la suite de contusion ou de gangrène.

Dans ces cas, les bords de la perte de substance sont en pleine inflammation au moment où l'ouverture se déclare ; aussi ne doit-on pas essayer la réunion : pour y parvenir, il faudrait agir sur des tissus incapables de supporter la moindre suture. Au moment de la chute d'une eschare, les bords de la plaie sont toujours excessivement irréguliers ; pour les régulariser, il serait peut-être nécessaire d'enlever une très-grande portion de tissus.

C'est en se basant sur ces considérations que presque tous les chirurgiens pensent que l'on ne doit opérer une fistule que plusieurs mois après qu'elle s'est déclarée ; à ce moment ses bords sont devenus une cicatrice résistante ; ils ne saignent plus au moindre contact, et les parois du vagin au-dessus et au-dessous de la plaie ont repris leur état primitif.

Il en sera de même pour désigner le moment favorable d'une nouvelle opération ; lorsqu'on aura échoué une première ou une seconde fois, il faut attendre au moins trois mois, sous peine d'avoir un nouvel insuccès. Tous les chirurgiens sont unanimes sur ce point : aussi avons-nous été très-étonné de trouver dans Churchill qu'on pouvait tenter une nouvelle opération à huit jours de distance.

[[ Quant à la grossesse, elle semble une contre-indication formelle à l'opération, à cause de l'état variqueux du vagin qui existe à cette



époque, surtout aujourd'hui que M. E. Bourdon a démontré que des cicatrices de fistules parfaitement guéries ont pu se rompre uniquement sous l'influence des modifications apportées dans leur vitalité, par le fait même de la grossesse. ]]

En étudiant l'anatomie pathologique et les symptômes des fistules, nous avons vu que plusieurs accidents pouvaient venir les compliquer et nécessiter une intervention chirurgicale.

Avant de passer à la description des procédés opératoires, nous allons indiquer les soins que peuvent exiger ces complications.

Les rétrécissements de l'urèthre devront être dilatés par des bougies de différents volumes, comme pour le rétrécissement chez l'homme. Cette complication peu grave est toujours surmontée sans difficulté; il n'en est plus de même lorsque l'urèthre a entièrement disparu; dans ces cas, la chirurgie est tout à fait impuissante.

Dans un cas observé par Saucerotte, il fut impossible de retrouver même le méat urinaire, et l'on abandonna la malade comme étant sans ressource.

Quant aux rétrécissements du vagin, nous avons vu qu'ils pouvaient se présenter sous trois états différents : une diminution de calibre, une bride cicatricielle l'oblitérant, ou enfin une espèce de fusion des parois.

Dans le premier cas, on doit essayer la dilatation simple au moyen de corps plus ou moins volumineux qui permettront d'arriver graduellement au diamètre primitif.

Si l'on a affaire à des brides plus ou moins fortes, il faut les inciser, les détruire et introduire dans le vagin un corps dilatant qui empêche ce conduit de se rétrécir en se cicatrisant.

Sims emploie un spéculum de verre qui a l'avantage de permettre d'examiner les parois vaginales pendant tout le travail de cicatrisation.

Lorsqu'on a affaire à une fusion complète du vagin, on ne doit tenter la réouverture de ce conduit que si la présence de l'urine peut occasionner d'autres accidents. Nous verrons plus loin que Vidal (de Cassis) conseille, comme méthode indirecte des fistules, la fusion des parois vaginales.

Dans le cas de calculs s'arrêtant dans les bords de la fistule, il faudra, avec des injections, chercher à en faciliter la chute, et au besoin les enlever avec une pince.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer sont importants : parfois le succès d'opérations, même bien faites, pourrait être compromis par ces complications, qui empêcheraient la cicatrisation.

En commençant l'histoire des fistules vésicales, nous disions qu'il fallait arriver jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle pour voir instituer un véritable traitement de cette affreuse infirmité; ce n'est pas tout à fait exact, car, en 1663, un chirurgien de Hollande, Roonhuysen (1), conseilla l'avivement des bords

(1) Roonhuysen, *Heelkoustige Aanmerkingen betreffende de Gebreken der Wrou-*

de la fistule, et la suture entortillée; Hergott (1) nous a donné la traduction du manuel opératoire indiqué par Roonhuysen; mais ce chirurgien s'en tint probablement à la théorie, car il ne dit pas s'il fut à même de l'appliquer sur le vivant; son procédé fut mis deux fois en usage par Fatio (de Bâle) en 1752 (2); mais, au lieu de se servir d'une aiguille pour pratiquer la suture entortillée, ce chirurgien traversait les bords avec une plume bien acérée, au moyen de laquelle il plaçait un fil double. Malgré ces tentatives d'opérations, les chirurgiens regardaient la guérison des fistules comme presque impossible; nous trouvons dans J.-L. Petit le récit d'une consultation qui eut lieu pour un cas de fistule, et dans laquelle un seul chirurgien osa proposer une opération qui fut repoussée à l'unanimité.

L'opinion de J.-L. Petit prévalut jusqu'à l'époque de Desault et de Chopart, qui, tout en reconnaissant l'excessive difficulté de pareilles opérations, cherchèrent au moins un moyen palliatif qui pût améliorer l'état des malades. Desault (3) pensait avec raison qu'en forçant l'urine à passer seulement par l'urèthre, on pourrait amener la fermeture de la fistule; aussi conseilla-t-il l'emploi d'une sonde à demeure et l'application d'un tampon vaginal destiné à oblitérer la fistule. Ce mode de traitement donna entre les mains de Desault et de Chopart des résultats qui ne furent pas très-brillants; cependant il fut imité au commencement de ce siècle par des chirurgiens anglais. Le procédé était simple et peu difficile à mettre en usage, mais il demandait à être prolongé pendant cinq ou six mois.

J. Cloquet crut voir dans le contact des bords de la fistule avec l'urine une impossibilité pour la cicatrisation; aussi proposa-t-il l'emploi d'un siphon destiné à pomper l'urine dans la vessie; ce traitement est resté à l'état de projet.

Dupuytren (4), doutant de l'effet de la sonde à demeure et du tampon, avait recours à la cautérisation: il plaçait la malade sur le bord de son lit, introduisait un spéculum échancré et taillé en bec de flûte, dont l'ouverture venait correspondre à la fistule (5).

Velpeau (6) conseillait un spéculum brisé. La cautérisation se faisait, soit avec le fer rouge, soit avec les caustiques.

Depuis quelques années, dans les cas où l'on a eu recours au même

*wen*. Amsterdam, 1663 (traduit en anglais en 1776, et dans les *Philosophical Transactions*, t. XI, p. 621.

(1) Hergott, *Études historiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale*. Paris, 1864.

(2) J. Fatio, *Helvetisch-Vernünftige Vehmutter*. Bâle, 1752, in-4, p. 282.

(3) Desault, *Journal de chirurgie*, 1792, t. III; *Œuvres chirurgicales*, t. III, p. 299, *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, 1830, p. 287.

(4) Dupuytren, in Sanson, *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*; 4<sup>e</sup> édition. Paris, 1814, t. IV, p. 710.

(5) Michon, *Exposition anatomique pour servir à l'histoire des fistules vaginales et des opérations qu'elles nécessitent*, thèse de concours, 1841, pp. 55.

(6) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2<sup>e</sup> édition, 1839.



procédé, on emploie de préférence le galvano-caustique (1). Par la cautérisation, quel qu'en soit le procédé, on obtient un gonflement des lèvres de la fistule, qui peut suffire pour l'oblitérer, si la perte de substance n'est pas trop considérable; après cinq à six jours, le gonflement commence à diminuer, l'urine suinte de nouveau par le vagin, et à ce moment il faut refaire une nouvelle cautérisation.

La cautérisation ne peut donner de bons résultats que pour les fistulettes assez petites pour être oblitérées dès le premier gonflement: dans ce cas, on peut espérer que les bourgeons, en se soudant entre eux, produiront une cicatrice définitive; mais si la fistule est un peu considérable, le gonflement n'amènera pas les bords au contact, les bourgeons se cicatrisent isolément, et la cautérisation ne produit qu'une légère diminution de volume; de plus, après quelques séances, les bords fistuleux sont transformés en tissu indolent, que la cautérisation n'est plus capable de couvrir de bourgeons charnus. C'est en s'appuyant sur ces observations que les chirurgiens réservent actuellement la cautérisation, pour lutter seulement contre ces petits pertuis filiformes qui persistent après les opérations sanglantes.

Ainsi, la sonde à demeure, le tampon vaginal, la cautérisation, tels étaient les seuls moyens que la chirurgie opposait au commencement de ce siècle aux fistules vésico-vaginales; cependant nous devons dire que Nægelé (2) opéra une malheureuse femme par l'avivement et la suture, mais sans succès; que Dieffenbach (3) fit une tentative semblable, mais ne fut pas plus heureux.

Lallemand (de Montpellier) ne croyait pas qu'il fût possible d'enlever toute la circonférence de la fistule par l'avivement; il rapporta (4) l'observation d'une malade guérie par la cautérisation des bords de la fistule; il conseillait d'attendre le gonflement inflammatoire, puis de réunir les lèvres couvertes de bourgeons charnus avec une sonde de son invention. Cette sonde, qu'il appela *sonde-érigne*, s'introduisait dans la vessie, puis, au moyen de deux griffes contenues dans son intérieur, elle rapprochait les bords de la plaie. Cette sonde, en pressant sur l'urètre et sur la vessie, était très-douloureuse; aussi Laugier (5) conseilla-t-il une érigne qu'il appela *érigne double vaginale*, et qui agissait, comme le nom l'indique, sur la muqueuse du vagin.

Enfin, en 1834, Jobert, de Lamballe (6), publia sous le nom d'*élytro-*

(1). Voyez Debout, *Du traitement des fistules vésico-vaginales par des opérations non sanglantes* (*Bulletin de thérapeutique*, 1857, t. LIII, p. 353).

(2) Nægelé, *Erfahrungen und Abhandlungen*. Mannheim, 1812, p. 389.

(3) Dieffenbach, *Ueber die Heilung der Blassenscheidenfisteln* (*Preuss. ver. Zeit.*, 1836, nos 24 et 25, et *Berliner med. Zeitung*, juin et juillet 1836).

(4) Lallemand, *Réflexions sur le traitement des fistules vésico-vaginales* (*Archives générales de médecine*, avril 1825, 1<sup>re</sup> série, t. VII, p. 481).

(5) Laugier, *Nouvel instrument pour la réunion des fistules vésico-vaginales* (*Journal hebdomadaire*, 1829, t. V, p. 420).

(6) Jobert (de Lamballe), *Bulletins de l'Académie de médecine de Paris*, t. II, 1837,

*plastie* une nouvelle application d'une belle conquête chirurgicale, nous voulons parler de l'autoplastie. Jobert taillait sur la fesse un lambeau de peau qu'il faisait glisser dans le vagin pour le réunir ensuite aux bords de la fistule.

L'opération se composait de quatre temps bien distincts: 1<sup>o</sup> aviver la fistule; 2<sup>o</sup> tailler et suturer le lambeau; 3<sup>o</sup> rétablir le cours des urines; 4<sup>o</sup> sectionner le pédicule.

1<sup>er</sup> temps. — *Avivement*. — Jobert attire la fistule au dehors avec des pinces de Museux, puis, avec un bistouri et des ciseaux courbes, il avive les bords.

2<sup>e</sup> temps. — *Formation du lambeau*. — Le lambeau, d'une dimension variable, suivant l'ouverture de la fistule, doit être taillé au-dessous de la grande lèvre et de la fesse, en ayant soin de lui donner un large pédicule qui en empêchera la mortification.

3<sup>e</sup> temps. — *Rétablissement du cours des urines*. — Lorsque le lambeau est taillé, on en traverse le sommet par un double fil ciré que l'on fait ressortir par le canal de l'urètre au moyen de la sonde de Belloc.

4<sup>e</sup> temps. — *Section du pédicule*. — Au moyen de ce fil, et avec un doigt introduit dans le vagin, le chirurgien conduit facilement la surface saignante du lambeau en contact avec les bords de la fistule.

« Une fois le tampon fixé entre les bords de la plaie, dit Jobert, je livre le lien, que j'appellerai *urétral*, à un aide, et je lie les fils, s'ils sont déjà passés; puis, je m'occupe de traverser le lambeau et l'ouverture fistuleuse de la manière suivante: j'introduis le doigt le long du lambeau, je glisse dessus une aiguille courbe montée sur le porte-aiguille à staphyloraphie, je la dirige avec la main et j'enfonce la pointe d'un seul coup au travers du lambeau et des lèvres de la fistule. L'aiguille est saisie avec les pinces à pansement et ramenée au dehors, entraînant le fil dont elle est armée. J'en fais autant pour l'angle opposé. Il est de la plus haute importance que ce lambeau et les angles de la fistule soient compris chacun dans une anse de fil. Les fils sont noués avec les doigts. » Nous avons cité entièrement ce passage, parce qu'il fait bien comprendre le temps le plus important de ce procédé.

Pour le fil urétral, on le colle sur les cuisses ou sur le ventre au moyen d'une bandelette de diachylon, en ayant soin de le fixer tendu avec une certaine force, de manière à ce qu'il maintienne le lambeau sans le tirer. Une des questions les plus importantes qui se présente au chirurgien dans toute opération autoplastique par la méthode indienne, est de choisir le moment opportun pour sectionner le pédicule. Si on le coupe trop tôt, la gangrène peut s'en emparer et l'opération échouer complètement; aussi Jobert conseille-t-il de ne pratiquer la section que du trente et unième au quarantième jour.

p. 145, et Rapport de Blandin, *ibid.*, p. 581; *Traité de chirurgie plastique*. Paris, 1849.



L'élythroplastie, dont on ne saurait trop apprécier le prix, a donné de beaux résultats entre les mains de M. Jobert; mais la difficulté du manuel opératoire, et surtout la crainte de voir la mortification du lambeau à si long pédicule, engagèrent Velpeau (1) à proposer de tailler le lambeau aux dépens de la paroi postérieure du vagin.

Pour y parvenir, Velpeau traçait dans le vagin deux incisions parallèles, suivant la longueur du vagin, détachait directement cette portion de vagin, comprise entre ces incisions, et formait ainsi une espèce de pont, dont il avivait la partie supérieure; ensuite il enlevait ce lambeau et le suturait avec les bords de la fistule.

J. Leroy, d'Étiolles (2), a modifié l'opération de Velpeau en prolongeant les deux incisions longitudinales jusqu'à la vulve et en les réunissant par une incision verticale tracée au-dessous de la fourchette, et ensuite il décollait complètement le vagin directement. Lorsque ce lambeau à base vaginale était disséqué, J. Leroy (d'Étiolles) le roulait sur

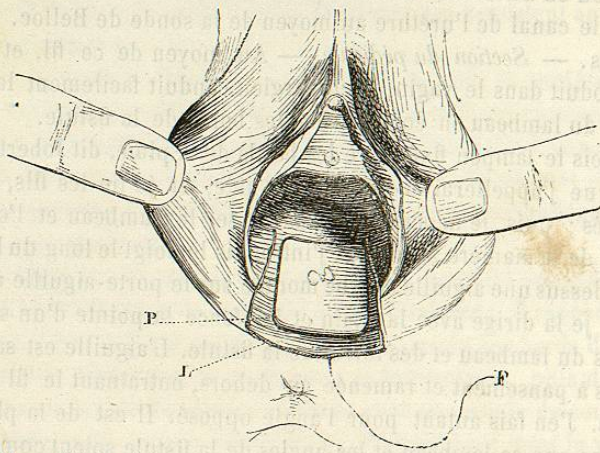


Fig. 254. — Fistule vésico-vaginale. — Autoplastie par un lambeau pris sur la cloison vagino-rectale vue de face (\*).

lui-même pour porter sa surface saignante contre la fistule (fig. 254 et fig. 255).

Martin conseilla de tailler un lambeau dont la base serait en rapport avec la fistule, puis d'appliquer ce lambeau contre la fistule au moyen du spéculum sans le suturer.

(1) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1839, t. I, p. 702, et t. IV, p. 446.

(2) Leroy (d'Étiolles), *Moyens nouveaux de traitement des fistules vésico-vaginales* (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, août 1842, et *Recueil de lettres et de mémoires*. Paris, 1844, p. 160).

(\*) F, fil de suture; P, plaque métallique; L, lambeau. (Leroy d'Étiolles.)

Gerdy (1) a institué un autre procédé autoplastique; après avoir rendu la fistule située profondément, accessible à la vue au moyen de son dépres-

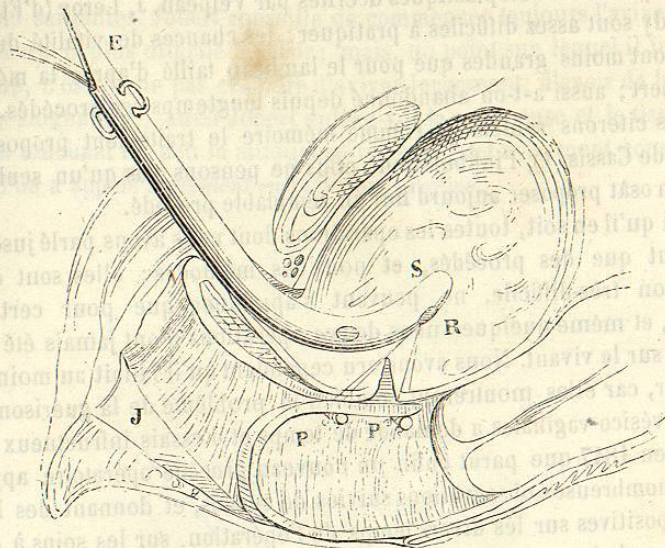


Fig. 255. — Fistule vésico-vaginale. — Autoplastie par un lambeau pris sur la cloison vésico-vaginale, coupe (\*).

seur (fig. 255), il taille deux lambeaux quadrangulaires suivant les bords

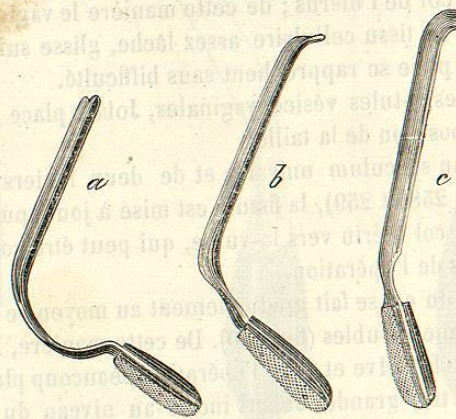


Fig. 256. — Dépresseur de Gerdy (\*\*).

de la fistule. Lorsque ces deux lambeaux sont disséqués, ils flottent dans

(1) Gerdy, *Revue scientifique et industrielle*, juin 1841, t. V, p. 454.

(\*) PP. points de suture; R, ouverture de la sonde; S, sonde; E, extrémité de la sonde. (Leroy, d'Étiolles.)

(\*\*) a, valve introduite dans le vagin, de façon que sa convexité corresponde à l'excavation du sacrum; b, et c, valves appliquées sur les parois vaginales latérales, pour les maintenir suffisamment écartées l'une de l'autre.



le vagin comme deux feuillets d'un livre, et, au moyen de la suture enchevillée, on les met en contact par leurs surfaces saignantes.

Les opérations autoplastiques décrites par Velpeau, J. Leroy (d'Étiolles) et Gerdy sont assez difficiles à pratiquer; les chances de vitalité du lambeau sont moins grandes que pour le lambeau taillé d'après la méthode de Jobert; aussi a-t-on abandonné depuis longtemps ces procédés.

Nous citerons seulement comme mémoire le traitement proposé par Vidal, de Cassis (1), l'infibulation; nous ne pensons pas qu'un seul chirurgien osât proposer aujourd'hui un semblable procédé.

Quoi qu'il en soit, toutes les opérations dont nous avons parlé jusqu'ici n'étaient que des procédés, et non des méthodes: elles sont d'une exécution très-difficile, ne peuvent s'appliquer que pour certaines fistules, et même quelques-unes de ces opérations n'ont jamais été pratiquées sur le vivant. Nous avons cru cependant qu'il fallait au moins les indiquer, car elles montreront combien le problème de la guérison des fistules vésico-vaginales a demandé de temps et d'essais infructueux.

C'est en 1847 que parut enfin un nouveau procédé opératoire appuyé sur de nombreuses observations suivies de succès, et donnant des indications positives sur les divers temps de l'opération, sur les soins à donner aux malades; nous voulons parler de l'autoplastie par glissement de Jobert, de Lamballe (2).

Jobert, regardant comme une cause de non-réussite le tiraillement opéré sur les bords de la fistule, y a remédié en incisant le vagin à son insertion sur le col de l'utérus; de cette manière le vagin, qui est séparé de la vessie par un tissu cellulaire assez lâche, glisse sur cet organe, et les lèvres de la plaie se rapprochent sans difficulté.

Pour opérer les fistules vésico-vaginales, Jobert place les malades sur le dos, dans la position de la taille.

Au moyen d'un spéculum univalve et de deux leviers plus ou moins coudés (fig. 257, 258 et 259), la fistule est mise à jour, puis on procède à l'abaissement du col utérin vers la vulve, qui peut être considéré comme le premier temps de l'opération.

L'abaissement du col se fait graduellement au moyen de deux pinces de Museux ou d'ériges doubles (fig. 260). De cette manière, la fistule apparaît au niveau de la vulve et rend l'opération beaucoup plus facile.

Si la fistule est très-grande, Jobert incise au niveau du col l'insertion du vagin, et il ne craint pas d'enlever une portion des fibres superficielles du col. Mais ce temps de l'opération peut parfaitement être supprimé si la fistule n'est pas trop grande et si les lèvres semblent pouvoir facilement se rapprocher.

(1) Vidal (de Cassis), *l'Expérience* 1838, n° 17; *Traité de pathologie externe*, 5<sup>e</sup> édition. Paris, 1861, t. V, p. 54.

(2) Jobert, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1846-1847, t. XII, p. 493, et *Traité de chirurgie plastique*. Paris, 1849.]

L'avivement de la fistule se fait avec un bistouri droit boutonné, des ciseaux droits ou courbes, et avec une longue pince à disséquer offrant des dents saillantes. Jobert conseille de commencer toujours l'avivement par la lèvre la plus difficile à saisir; mais, un point sur lequel il insiste beaucoup, c'est de ne pas craindre d'aviver largement, d'avoir de larges surfaces saignantes; aussi Jobert enlève-t-il la muqueuse et le tissu du vagin en touchant un peu la muqueuse vésicale; cet avivement constitue ce que l'on a appelé *avivement en entonnoir profond*.

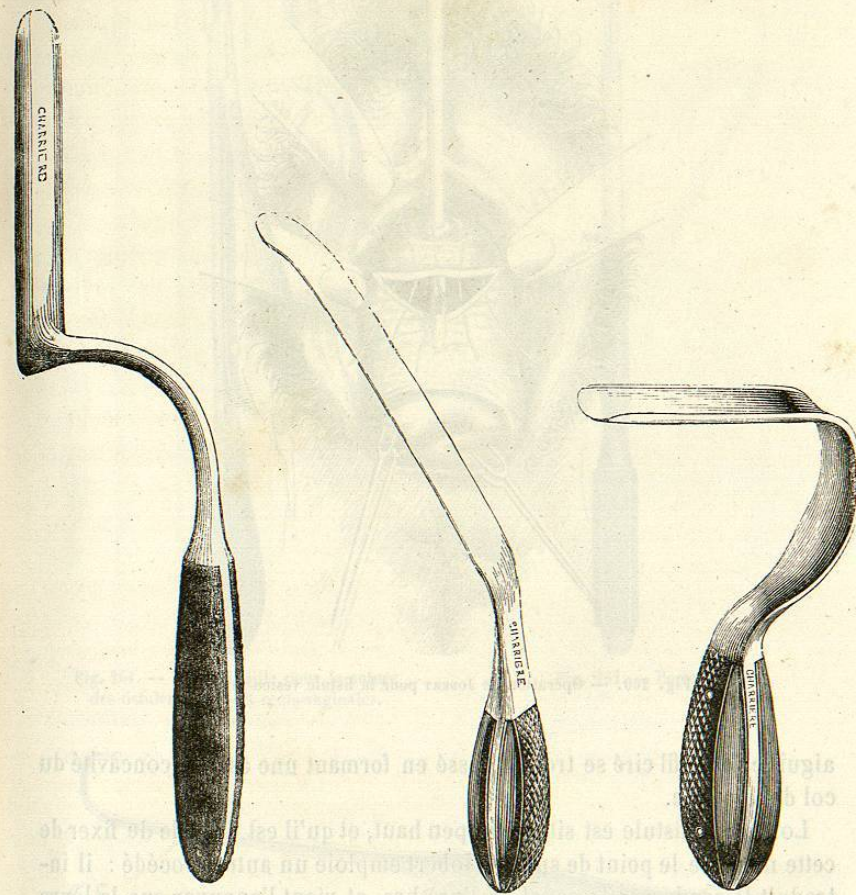


Fig. 257. — Valve antéro-postérieure de M. JOBERT. Fig. 258. — Une des deux valves latérales de M. JOBERT. Fig. 259. — Valve antérieure de M. JOBERT.

Les fils, qui doivent servir pour la suture, sont des fils de soie bien cirés, un peu plus volumineux que les fils à ligature; dans quelques cas, M. Jobert emploie des fils du volume d'un lacet.

Pour passer les fils, on monte des aiguilles courbes sur le porte-aiguille (fig. 261 et 262), puis le chirurgien saisit avec une pince à griffes