

osseux, est frappée de sphacèle, et il se produit une fistule vésico-vaginale. Bien que la paroi antérieure de la vessie soit comprimée en même temps que la paroi postérieure, il est remarquable qu'elle ne soit jamais atteinte de gangrène.

Tantôt il n'existe qu'un pertuis dans l'épaisseur de la cloison; d'autres fois celle-ci est complètement détruite depuis le col utérin jusqu'à l'urètre. La fistule peut porter sur les divers points de la hauteur de la cloison (Voy. fig. 266). Elle est *vésico-utérine*, *vésico-vaginale*, ou *uretéro-vaginale*. Lorsque l'uretère s'ouvre sur les bords de la fistule, on dit celle-ci *uretéro-vaginale*. Tantôt elle n'occupe qu'une partie de la largeur de la cloison; d'autres fois, toute la largeur est intéressée; les angles peuvent adhérer aux parois du bassin, disposition qui rend la guérison beaucoup plus douteuse.

Ce qui a fait considérer, jusqu'à notre époque, la cure des larges fistules vésico-vaginales comme au-dessus des ressources de l'art, c'est l'extrême difficulté de rapprocher les deux lèvres de la fistule ou, plutôt, de les maintenir rapprochées sans tiraillements. En effet, le tissu cellulaire interposé entre les deux parois vésicale et vaginale est très dense et ne permet pas le décollement de la paroi vaginale. Il n'en est pas de même de celui qui sépare la vessie de la face antérieure de l'utérus (au-dessous de CM, fig. 266); ce tissu est lâche, permet le glissement de la vessie sur l'utérus. Cette disposition anatomique fut mise à profit par Jobert (de Lamballe). Il détacha l'insertion du vagin au col de l'utérus et mobilisa la vessie; la lèvre postérieure de la fistule put, dès lors, être affrontée sans tiraillements. Grâce à cela, notre compatriote put, le premier, guérir complètement des fistules vésico-vaginales avec perte de substance. Cette opération s'exécute d'autant mieux que le péritoine se réfléchit à 2 centimètres environ au-dessus du cul-de-sac antérieur du vagin.

Depuis Jobert, la méthode a été profondément modifiée par les chirurgiens américains, par Marion Sims, en particulier. Les modifications ont porté sur tous les points de l'opération, mais un certain nombre sont insignifiantes. Il en est deux capitales: le mode d'avivement et le passage des fils; l'avivement doit être fait en surface et non sur les bords de la fistule; il ne doit comprendre que la paroi vaginale et respecter la vessie, ce que permet de faire aisément l'épaisseur de la cloison. Les fils ne doivent jamais pénétrer dans la vessie. En effet, un fil, même métallique, détermine toujours une légère ulcération à son pourtour, et, du moment où il est dans la vessie, l'urine s'engage autour de lui et l'échec est probable. Grâce aux travaux de Jobert et ceux de l'École américaine, on peut dire qu'à part de très rares exceptions il n'existe plus de fistules vésico-vaginales incurables. C'est pour ces cas exceptionnels que Trendelenburg a conseillé d'ouvrir la vessie au-dessus du pubis et de suturer la fistule par la vessie; cette opération présente de réelles difficultés, en raison surtout de la profondeur où il faut agir.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal situé entre la vessie et le col utérin est susceptible de s'enflammer et de former une tumeur très limitée, accessible seulement par le cul-de-sac antérieur du vagin. Il est assez difficile de s'en rendre exactement compte par le toucher ordinaire, parce qu'il faut pour cela porter la main en pronation: c'est dans ce cas que Nélaton touchait avec le pouce, dont la pulpe arrivait directement sur la face antérieure du col.

*Paroi postérieure.* — La paroi postérieure du vagin est, dans une grande partie de son étendue, accolée au rectum et forme la *cloison recto-vaginale*.