

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 continu 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.

Époque à laquelle il faut intervenir. — 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 faudra attendre au moins trois mois, sous peine d'avoir un nouvel insuccès. Tous les chirurgiens sont unanimes sur ce point.

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 depuis que 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.

Complications. — 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 savons qu'ils peuvent 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. Vidal (de Cassis) conseille, comme méthode indirecte de traitement 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^e 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 de la fistule, et la suture entortillée; Hergott (2) 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 (3); 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 (4) pensait avec raison qu'en forçant l'urine

(1) Roonhuysen, *Heelkoustige Aanmerkkingen betreffende de Gebreeken der Vrouwen*. Amsterdam, 1663 (traduit en anglais en 1776, et dans les *Philosophical Transactions*, t. XI, p. 621).

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

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

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

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 proposait-il l'emploi d'un siphon destiné à pomper l'urine dans la vessie; ce traitement est resté à l'état de projet.

Dupuytren (1), 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 (2).

Velpeau (3) 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 procédé, on emploie de préférence la galvano-caustique (4). 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 inodulaire, 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

(1) Dupuytren, in Sanson, *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*; 4^e édition. Paris, 1844, t. IV, p. 710.

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

(3) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2^e édition, 1839.

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

étaient les seuls moyens que la chirurgie opposait au commencement de ce siècle aux fistules vésico-vaginales; cependant nous devons dire que Nægelé (1) opéra une malheureuse femme par l'avivement et la suture, mais sans succès; que Dieffenbach (2) 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 (3) 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'urèthre et sur la vessie, était très douloureuse; aussi Laugier (4) 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 (5), publia sous le nom d'*élytrophastie* 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° aviver la fistule; 2° tailler et suturer le lambeau; 3° rétablir le cours des urines; 4° sectionner le pédicule.

1^{er} 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^e 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^e 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'urèthre au moyen de la sonde de Belloc.

4^e 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.

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

(2) Dieffenbach, *Ueber die Heilung der Blassenscheidenfisteln* (Preuss. ver. Zeit., 1836, n^{os} 24 et 25, et *Berliner med. Zeitung*, juin et juillet 1836).

(3) Lallemand, *Réflexions sur le traitement des fistules vésico-vaginales* (*Archives générales de Médecine*, avril 1825, 1^{re} série, t. VII, p. 481).

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

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

L'élytrophastie a donné de bons résultats entre les mains de Jobert, mais la difficulté du manuel opératoire ainsi que la crainte de voir la mortification du lambeau à si long pédicule firent abandonner le procédé.

Velpeau proposa plus tard la même opération, mais il taillait le lambeau aux dépens de la paroi postérieure du vagin.

Leroy d'Étiolles modifia l'opération 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 le vagin directement.

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.

Mais toutes ces opérations autoplastiques, d'une exécution difficile, ont été graduellement abandonnées. Jobert de Lamballe lui-même y avait renoncé lorsqu'il fit connaître, en 1847, un nouveau procédé opératoire appuyé sur de nombreuses observations suivies de succès.

Le procédé de Jobert, presque abandonné aujourd'hui, attira vivement l'attention au moment de sa publication. Ce furent les règles positives données par ce chirurgien sur la manière d'examiner les malades et de mettre à jour la fistule, sur l'abaissement du col de l'utérus, sur la manière d'aviver les bords, sur les points de suture, sur l'emploi de la sonde à demeure, etc., qui firent que d'un simple procédé on créa une méthode désignée sous le nom de *méthode française*.

Nous allons successivement décrire les principales méthodes actuellement employées pour le traitement de la fistule vésico-vaginale en commençant par celle de Jobert.

1^o *Méthode de Jobert*. — Dans ce procédé on déplace la vessie de l'endroit où elle repose sur le col utérin et on fait descendre le vagin de son point d'insertion au col utérin vers le pubis afin de rendre d'abord l'écartement des lèvres de la fistule moins considérable et de faciliter la réunion et l'affrontement des bords de la solution de continuité.

La malade est placée sur le dos dans la position de la taille péritonéale.

Jobert divisait l'opération en sept temps.

1^{er} temps. — *Attirer le col utérin vers la vulve*. — Cette traction doit être faite graduellement à l'aide de fortes érignes doubles. Le col doit être saisi dans une direction opposée au grand diamètre de la fistule, c'est-à-dire de droite à gauche si la fistule est longitudinale, d'avant en arrière si elle est transversale.

2^e temps. — *Détacher le vagin de son insertion au col de l'utérus*. — Selon l'étendue de la fistule, on pratique une incision semi-lunaire plus ou moins étendue sur le vagin à son point d'insertion au col, en ayant

soin de le décoller avec la muqueuse par une incision lente faite d'avant en arrière.

3^e temps. — *Avivement des bords de la fistule.* — L'avivement doit être largement pratiqué. Il faut obtenir de chaque côté de larges surfaces saignantes et ne pas redouter d'attaquer la muqueuse ou le tissu même du vagin.

4^e temps. — *Passer et fixer les fils de la suture.* — Jobert conseillait la suture entrecoupée. Des aiguilles courbes, portées sur un porte-aiguilles *ad hoc*, saisissent isolément chaque lèvres; chaque point de suture doit être séparé. Il est nécessaire que toute l'épaisseur du bord soit comprise par l'aiguille.

5^e temps. — *Placer une sonde à demeure dans la vessie.*

6^e temps. — *Placer un tampon dans le vagin.* — Ce tampon, destiné à absorber le sang qui peut suinter de la plaie, ne doit jamais séjourner plus de vingt-quatre heures dans le vagin.

7^e temps. — Lorsqu'il existe encore de la tension des lèvres de la fistule, le chirurgien peut y remédier en pratiquant dans la muqueuse et dans l'épaisseur même du vagin des incisions parallèles aux lèvres de la fistule.

Nous avons dit que le procédé de Jobert dont nous n'avons donné qu'un court aperçu n'était presque plus employé aujourd'hui. Cela tient aux nombreuses difficultés que présentait son exécution et à l'introduction en France des procédés américains qui constituaient sur les méthodes anciennes un progrès considérable. Nous allons décrire successivement chacune de ces méthodes.

2^e *Méthode de Sims.* — Introduite en France en 1858, la méthode de Sims est sans contredit bien supérieure à celle de Jobert. Plus simple, d'une application plus facile, elle est aujourd'hui universellement employée.

Nous en donnons une description détaillée.

Le lit sur lequel on couche la malade est une petite table peu large, et assez basse pour que le chirurgien puisse être assis et ne soit pas obligé de lever les bras. Cette table est simplement recouverte par une couverture pliée en quatre et par un drap.

On place la malade dans le décubitus latéral gauche, le bras gauche couché en arrière appuyé sur le dos, les cuisses sont pliées à angle droit sur le bassin. Dans cette position, il est presque impossible à la malade de se relever, parce qu'elle ne peut pas prendre de point d'appui sur son bras gauche.

La malade est rapprochée du bord de la table : un premier aide soulève la fesse droite, un second déprime la gauche, puis le chirurgien présente à l'entrée de la vulve le spéculum de Marion Sims (fig. 277 et 278).

Ce spéculum est une gouttière métallique un peu plus grosse à son

extrémité, terminée en cul-de-sac, qu'au voisinage du manche. Cette gouttière est un peu courbée sur sa face dorsale pour qu'elle puisse bien prendre la conformation du sacrum, sur lequel elle s'appuie. Le manche est un peu courbé et se termine par une autre gouttière d'une dimension différente. Ce spéculum est excessivement brillant, aussi renvoie-t-il le jour comme un véritable miroir.

En supposant la malade couchée



Fig. 277. — Spéculum en fer à cheval de MARION SIMS.

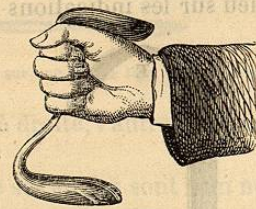


Fig. 278. — Manière de tenir le spéculum de MARION SIMS.

sur le dos dans la position dite *de la taille*, qui est la position classique en France, on place le spéculum (fig. 279) de la manière suivante : soit

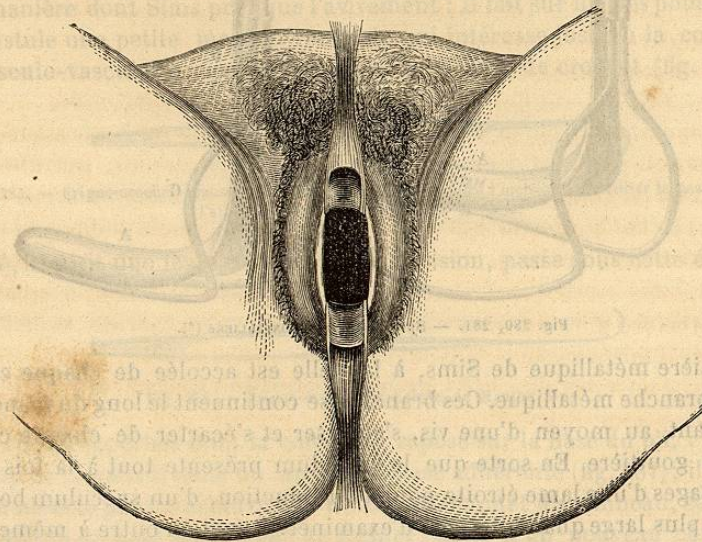


Fig. 279. — Placement du spéculum.

la partie convexe sur la paroi vésico-vaginale pour éclairer la cloison recto-vaginale; soit, au contraire, la partie convexe reposant sur la

paroi rectale pour éclairer le côté vésical. Dans le premier cas, un aide placé à gauche de la malade tient à pleine main le manche du spéculum, et relève l'extrémité de la gouttière ; dans le second, l'aide est à genoux à droite de la malade, et presse en sens inverse sur l'extrémité de cette même gouttière.

Lorsque le vagin est très large, la lumière diffuse suffit pour l'éclairer ; mais, s'il y a quelque rétrécissement, Sims conseille de placer un miroir capable d'envoyer un rayon de soleil.

Si la fistule est très profonde, Marion Sims emploie quelquefois une petite spatule analogue à l'écarteur de Jobert.

Pour remplacer avantageusement et le spéculum américain et les écarteurs de Jobert, nous signalerons le spéculum fabriqué par M. Mathieu sur les indications de Denonvilliers (fig. 280, 281) ; c'est la

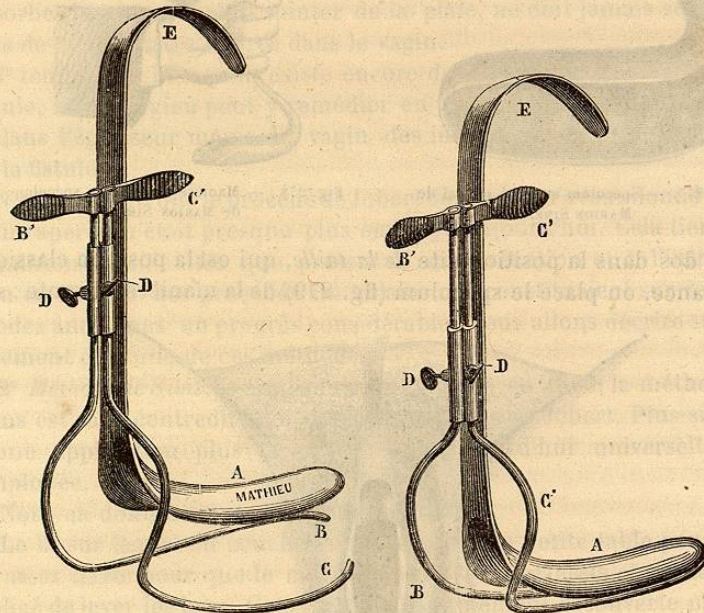


Fig. 280, 281. — Spéculum de DENONVILLIERS (*).

gouttière métallique de Sims, à laquelle est accolée de chaque côté une branche métallique. Ces branches se continuent le long du manche pouvant, au moyen d'une vis, s'abaisser et s'écarter de chaque côté de la gouttière. En sorte que le spéculum présente tout à la fois les avantages d'une lame étroite pour l'introduction, d'un spéculum beaucoup plus large quand il s'agit d'examiner. Il met en outre à même de se passer des écarteurs.

(* A, gouttière, ou spéculum ; B et C, doubles leviers qui servent à écarter les parties vaginales ; B' et C', manches des leviers ; D, D, vis de compression qui fixent les deux leviers au point d'écartement voulu ; E, crochet ou manche de l'instrument.

L'avivement des bords de la fistule se fait principalement avec les

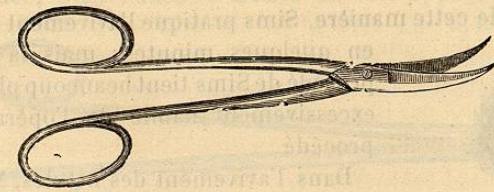


Fig. 282. — Ciseaux longs, recourbés sur leur plat, à pointes très tranchantes et très effilées, de MARION SIMS.

ciseaux courbes (fig. 282) ; il faut cependant avoir un bistouri droit



Fig. 283. — Bistouri en fer de lance droit porté sur une longue tige. (MARION SIMS.)

(fig. 283), et deux bistouris coudés, l'un à droite, l'autre à gauche, ou un seul bistouri à lame mobile (fig. 284).

Lorsque la fistule est bien visible, que ses angles sont bien nets, voici



Fig. 284. — Bistouri en fer de lance mousse, convexe sur le tranchant et articulé. (MARION SIMS.)

la manière dont Sims pratique l'avivement : il fait sur un des points de la fistule une petite incision verticale qui intéresse jusqu'à la couche musculo-vasculaire ; avec une érigne en forme de crochet (fig. 285,



Fig. 285. — Érigne-crochet mousse, de MARION SIMS, pour faire l'incision et faciliter le passage de l'aiguille à travers les lèvres de la plaie.

286), il saisit une lèvre de cette petite incision, passe sous cette érigne



Fig. 286. — Érigne-crochet en pointe, de MARION SIMS.

les ciseaux courbes dont la convexité repose sur la base du pli, et d'un coup de ciseaux il taille un lambeau à base adhérente (fig. 287) ; il détache alors le petit crochet qui se trouve au sommet du lambeau, et vient le fixer à la base qu'il vient de former ; puis, d'un nouveau coup de ciseaux, il continue à disséquer son lambeau, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il arrive à un des angles de la fistule, où il enlève totalement son lambeau, qui représente exactement le contour d'une des lèvres de la

fistule : en opérant de la même manière sur l'autre lèvre, l'avivement se trouve complet.

En opérant de cette manière, Sims pratique l'avivement de la fistule en quelques minutes; mais la rapidité du procédé de Sims tient beaucoup plus à la main excessivement habile de l'opérateur qu'au procédé.

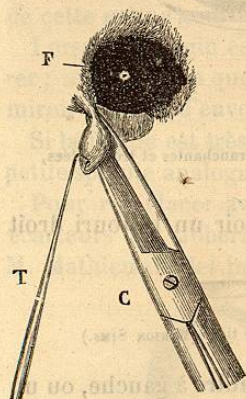


Fig. 237. — Avivement de la fistule (*).

Dès qu'un coup de ciseaux a été donné dans le tissu du vagin, le chirurgien se trouve toujours un peu gêné; aussi faut-il pouvoir éponger facilement les bords de la plaie. Marion Sims préfère, aux éponges adaptées sur des bouts



Fig. 238. — Porte-éponges à coulant de MARION SIMS.

en bois, des morceaux d'éponges adaptées dans de longues pinces fermées par un coulant qui rapproche les deux branches (fig. 238).

Lorsque l'avivement est achevé, le premier temps de l'opération est fait, et l'on passe au deuxième temps, le passage des fils, qui diffère beaucoup de ce que nous avons vu faire dans le procédé français.

Sims a changé la nature des fils : au lieu de fils de soie, il emploie des fils d'argent depuis 1843, et, au lieu de traverser complètement la cloison vésico-vaginale, et de faire sortir les fils dans la vessie, il ne leur fait traverser que la moitié de l'épaisseur de cette cloison, et les fait ressortir au milieu de la surface saignante.

Pour passer les fils, Sims se sert de petites aiguilles très courtes



Fig. 239. — Aiguille à suture de MARION SIMS.

(fig. 289) que l'on saisit avec des pinces à branches très longues et à mors très courts.

(*) T, tenaculum soulevant la partie que l'on veut exciser par l'avivement; C, ciseaux coupant pour aviver; F, surface avivée.

Dans le chas des aiguilles, Sims passe un double fil de soie excessivement mince, dont l'anse se trouve du côté opposé à la pointe de

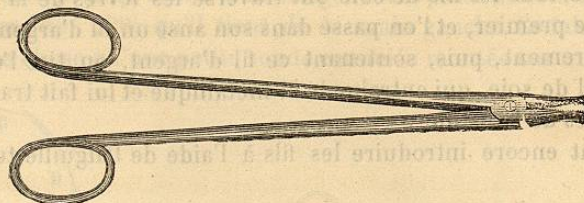


Fig. 290. — Pince porte-aiguille à mors allongés et articulés très près de leur extrémité, modèle DENIS. (MARION SIMS.)

l'aiguille, et dirige cette aiguille avec une forte pince à anneaux dont les mors sont excessivement petits (fig. 290, 291). On soulève avec

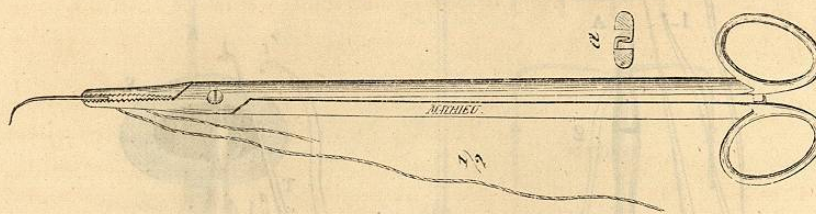


Fig. 291. — Pince porte-aiguille à mors allongés et articulés très près de leur extrémité, modèle MATHIEU. — Crochet des manches pour fixer les pinces.

l'égrigne-crochet une des lèvres de la plaie, et l'aiguille est enfoncée perpendiculairement à 1 centimètre du bord de la fistule; après un court trajet dans les tissus, on fait basculer l'aiguille sur une petite fourche à branches mousses (fig. 292) pour la faire sortir au niveau du



Fig. 292. — Petite fourche à branches mousses de MARION SIMS pour faciliter le passage de l'aiguille à travers les lèvres de la plaie.

liséré marquant la limite de la muqueuse vésicale. Pour dégager l'aiguille, on saisit la pointe avec une pince (fig. 293), et on l'extrait; puis



Fig. 293. — Pince de MARION SIMS pour dégager l'aiguille.

on répète, avec la même aiguille, dans la lèvre opposée, mais en sens inverse, la même manœuvre (fig. 294, 295).

Lorsqu'un fil est passé complètement, on enlève l'aiguille et on fixe les deux bouts réunis dans des entailles que l'on a faites sur une petite