

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.

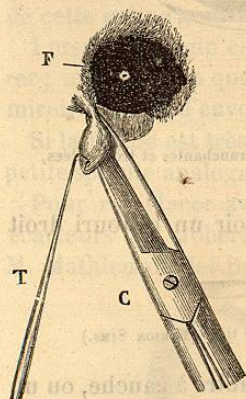


Fig. 237. — Avivement de la fistule (*).

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

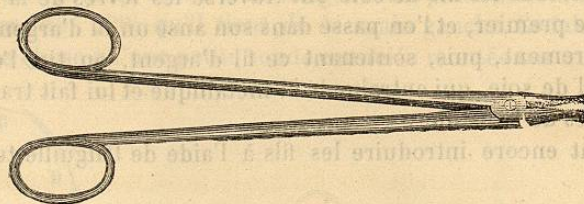


Fig. 290. — Pince porte-aiguille à mors allongés et articulés très près de leur extrémité, modèle DENIS. (MARION SIMS.)

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

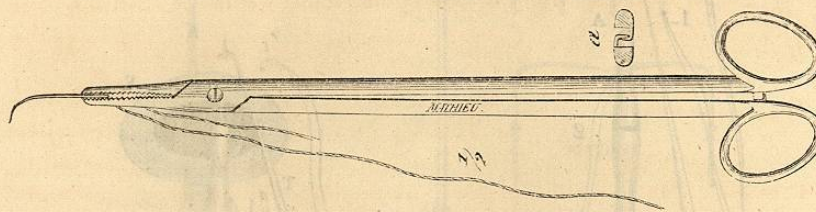


Fig. 291. — Pince porte-aiguille à mors allongés et articulés très près de leur extrémité, modèle MATHIEU. — Crochet des manches pour fixer les pinces.

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

tige de bois; de cette manière, on peut passer plusieurs fils sans craindre de les confondre.

Lorsque tous les fils de soie ont traversé les lèvres de la plaie, on reprend le premier, et l'on passe dans son anse un fil d'argent que l'on tord légèrement, puis, soutenant ce fil d'argent, on tire l'extrémité libre du fil de soie, qui entraîne le fil métallique et lui fait traverser les deux lèvres de la fistule.

On peut encore introduire les fils à l'aide de l'aiguille tubulée de

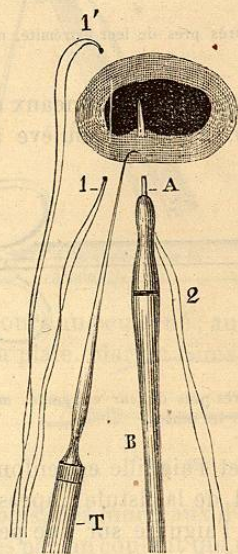


Fig. 294. — Suture, 1^{er} temps (*).

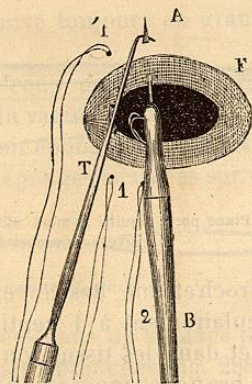


Fig. 295. — Suture, 2^e temps (**).

Startin (fig. 296 et 297). Cet instrument, qui est très commode, abrège considérablement le temps que l'on emploie ordinairement pour le passage des fils. Seulement il est nécessaire d'avoir des aiguilles de courbures différentes et aussi quelques-unes formant un angle droit avec le manche à la façon de l'aiguille à ligature de Deschamps pour le cas où il est nécessaire de faire une suture transversale.

Lorsque tous les fils sont passés, la fistule présente l'aspect que nous montre la figure 298, empruntée à Monteros (1).

(1) Monteros, *Essai sur le traitement des fistules génito-urinaires chez la femme*, thèse inaugurale, 1 vol. in-8 orné de 17 planches et plusieurs figures lithographiées.

(*) A, aiguille traversant la membrane muqueuse et venant sortir au-dessous d'elle, pour entrer dans le point opposé; B, pince porte-aiguille; I, tenaculum soutenant le bord de la fistule pour faciliter le passage de l'aiguille.

(**) Aiguille qui a traversé la membrane muqueuse et venant sortir au-dessus d'elle; B, pince porte-aiguille; T, tenaculum.

Pour fixer les sutures, ce qui constitue le troisième temps, Sims tord les fils d'argent de la manière suivante :

Il saisit avec la main droite le fil d'argent et le passe dans la cannelure du fulcrum (fig. 299) qu'il tient de la main gauche. Ce fulcrum, qui n'est autre chose qu'une petite sonde cannelée montée sur une tige un

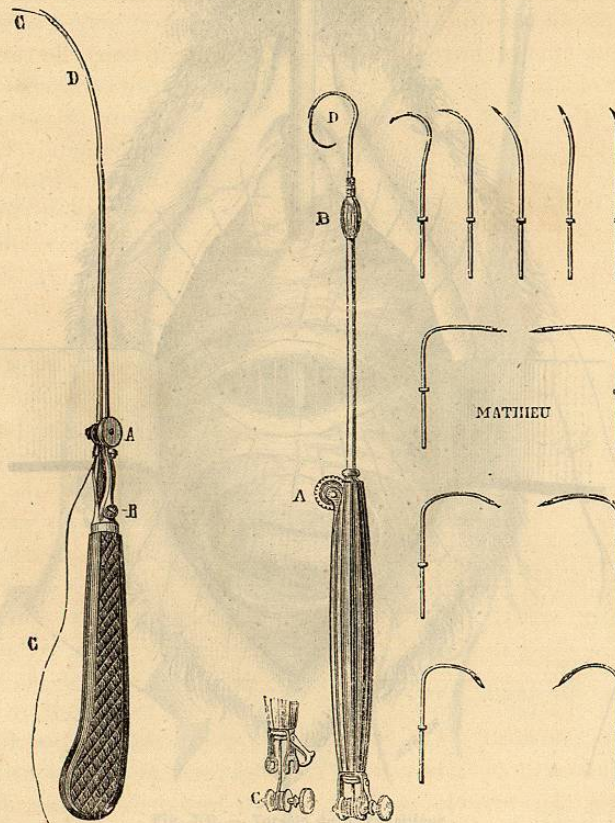


Fig. 296. — Aiguille tubulée ordinaire (*).

Fig. 297. — Aiguille tubulée coudée (**).

peu forte, est amené jusqu'au contact de la plaie, puis Sims opère une légère traction sur les fils d'argent, qui, par une traction réfléchie sur la cannelure de ce fulcrum, rapprochent exactement les lèvres de la fistule (fig. 300). Lorsque ce rapprochement est obtenu d'une façon bien exacte, Sims saisit les deux fils, rassemblés dans la cannelure du fulcrum, avec une pince à mors plats et coudés (fig. 301), les coupe au delà de la pince, puis fait exécuter à l'instrument une dizaine de tours

(*) Un mécanisme inventé par M. MATHIEU est adapté au manche de l'instrument pour faire cheminer le fil dans la cavité de l'aiguille.

(**) Aiguille tubulée pour les sutures transversales.

de rotation, en tirant toujours sur les fils (fig. 302, 303), jusqu'à ce que la torsion arrive au niveau du support; la suture est alors achevée

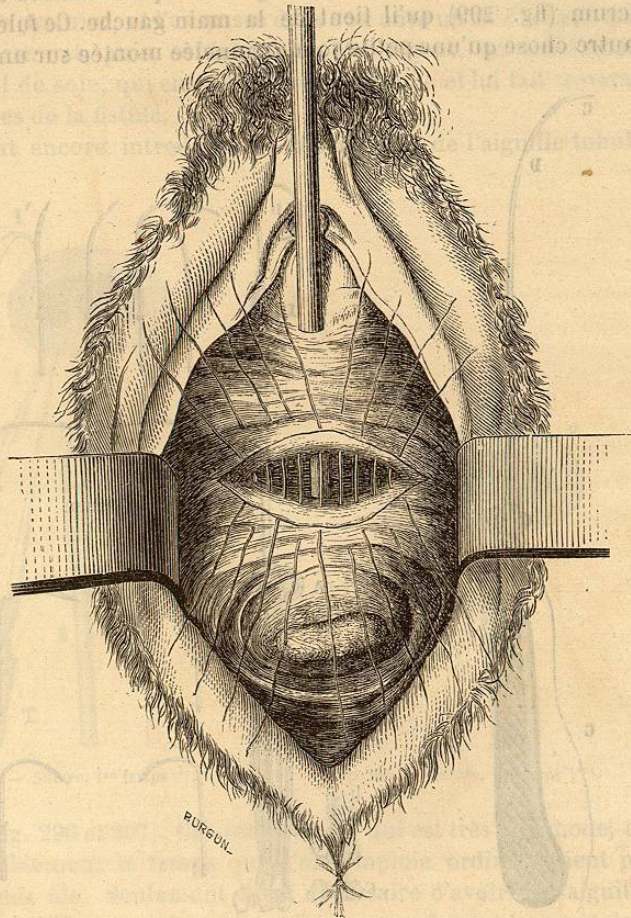


Fig. 298. — Opération de la fistule vésico-vaginale proprement dite. (MONTREROS.)

pour un fil, il ne reste plus qu'à opérer de même pour chacun des



Fig. 299. — Fulcrum, ou petite fourche légèrement convexe pour faire glisser les fils, les réfléchir et les fixer.

autres, ce qui donne assez bien à la fistule l'aspect représenté dans la figure 304.

Dans quelques cas, Sims emploie un autre mode de suture : au lieu de tordre les fils, il fait, avec l'extrémité libre d'un des fils, un nœud

coulant dans lequel il passe l'autre extrémité, puis, après avoir rappro-



Fig. 300. — Torsion du fil métallique.

ché les bords de la fistule, il rétrécit le nœud, et, pour le fixer, il renverse le fil libre du côté opposé.

Quant au nombre des points de suture, Sims s'éloigne entièrement

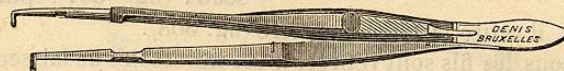


Fig. 301. — Pince à mors plats, minces et coudés pour tordre les fils.

de Jobert, et conseille de placer les sutures à 5 ou 6 millimètres les unes des autres; et l'on comprend la quantité de points de suture qu'exige une fistule de dimension un peu considérable. Sims recom-

mande particulièrement d'appliquer des points de suture dans les angles de la plaie; aussi évite-t-on de cette manière les encoches qui pourraient laisser suinter l'urine.

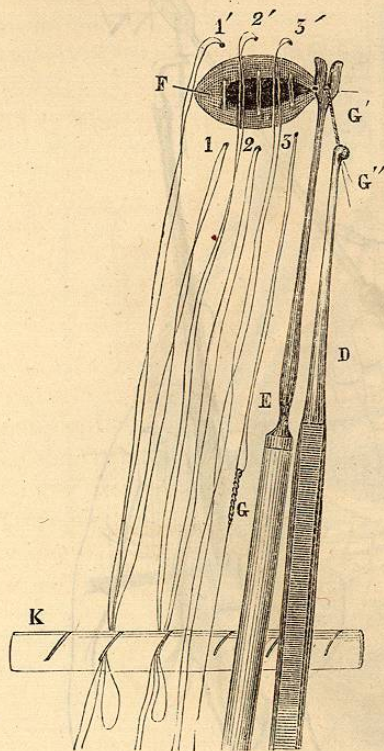


Fig. 302. — Suture, 3e temps (*).

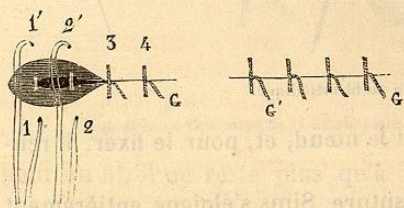


Fig. 303. — Suture (**).

sur le bout, il retire la boucle entière (fig. 308).

Lorsque tous les fils sont retirés, il est nécessaire de laisser la sonde à demeure pendant cinq ou six jours.

3e Procédé de Bozeman. — Ce procédé qui n'est qu'une modification de

(*) D, bec de cane servant à la torsion de fils métalliques; E, fourche fixant les fils métalliques au point où leur torsion doit s'arrêter; G, G, fil métallique entraîné par une anse d'un fil de soie.
 (***) G, bouts d'un fil métallique tordu et coupé.

Lorsque l'opération est terminée, la malade est reportée à son lit et placée dans le décubitus dorsal, les genoux un peu élevés et supportés par des coussins, puis on applique une sonde à demeure. La sonde employée par Sims n'est pas une sonde de caoutchouc ordinaire, mais une sonde d'étain ou d'aluminium (fig. 305) ayant la forme d'une s allongée qui a l'avantage de se maintenir en place sans liens, et de ne pas arc-bouter contre le fond de la vessie, puisque son bec est relevé. Il faut avoir soin d'enlever la sonde deux fois par jour pour la nettoyer.

Quant aux soins consécutifs, il faut mettre la malade à l'usage des viandes rôties, et, au besoin, prévenir les garde-robes par l'emploi de préparations de morphine.

Pour enlever les fils, Sims attend jusqu'au huitième, dixième, ou même douzième jour; il place la malade sur le côté, introduit un petit spéculum, et coupe un des côtés de l'anse avec une paire de ciseaux (fig. 307), puis, tirant

celui de Sims, consiste dans un avivement plus superficiel et dans l'application d'une plaque métallique, dans le but d'assujettir les

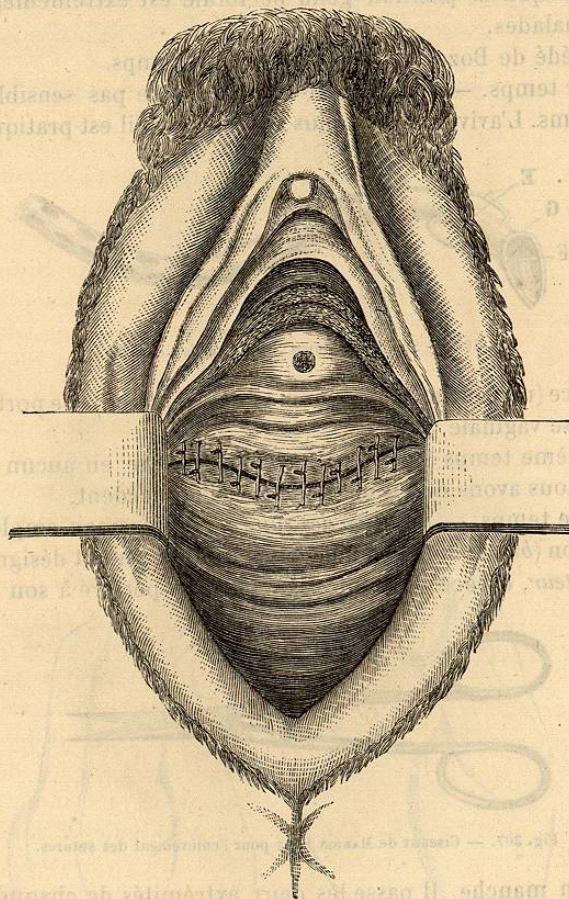


Fig. 304. — Fistule vésico-vaginale. — Aspect après l'opération : les fils sont coupés ras.

sutures, de les rendre toutes solidaires et d'immobiliser la région opérée.

La malade est placée dans le décubitus antérieur, dans la position



Fig. 305. — Sonde d'étain de MARION SIMS (modèle DENIS, de Bruxelles).

des genoux et des coudes. Dans cette position le chirurgien opère de haut en bas, ce qui est très commode; il n'a pas à craindre la hernie vésicale et l'écoulement du sang, produit par l'avivement, tombe dans

la vessie d'où il peut être facilement retiré. Mais il est impossible d'employer l'anesthésie par ce procédé et cet inconvénient est d'autant plus grand que la position génu-pectorale est extrêmement pénible pour les malades.

Le procédé de Bozeman se divise en trois temps.

Premier temps. — *Avivement*. — Il ne diffère pas sensiblement de celui de Sims. L'avivement est plus superficiel et il est pratiqué sur une



Fig. 306. — Sonde de MARION SIMS, modèle CHARRIÈRE (*).

large surface (un centimètre au moins de largeur) et il ne porte que sur la muqueuse vaginale.

Le deuxième temps (*passage des fils*) ne diffère en aucun point de celui que nous avons décrit dans le procédé précédent.

Troisième temps. — *Fixation des sutures*. — Bozeman emploie la suture à bouton (*button suture*). Il se sert d'un instrument désigné sous le nom d'*ajusteur*, espèce de bouton métallique perforé à son centre et

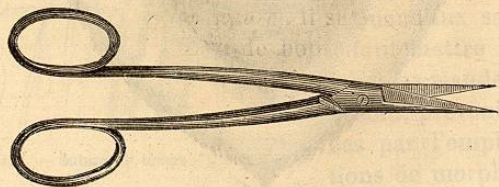


Fig. 307. — Ciseaux de MARION SIMS pour l'enlèvement des sutures.

porté sur un manche. Il passe les deux extrémités de chaque fil dans le trou central de l'ajusteur et, les tenant solidement de la main gauche, il appuie fortement sur les tissus. Cette manœuvre a pour but de redresser les fils et d'amener ainsi en contact les deux bords de la plaie. Quand cette opération a été pratiquée pour chaque suture on passe ensuite à l'application de la plaque.

Le chirurgien prend une plaque de plomb de un à deux millimètres d'épaisseur et ayant une largeur suffisante pour recouvrir toute la solution de continuité. Il pratique ensuite sur cette plaque une série de petits trous éloignés les uns des autres comme les points de sutures ; puis il le prend chaque bout de fil formant anse et il les

(*) D, extrémité de la sonde percée de trous ; E, oreilles de la sonde ; F, ouverture de la sonde ; G gorge de la sonde.

passé dans le trou respectif de la plaque. Ceci fait, il presse le morceau de plomb en divers endroits afin qu'il se moule bien sur les parties. On prend ensuite de petits grains de plomb perforés dans lesquels on fait passer les fils ; on les fait glisser jusqu'à la rencontre de la plaque

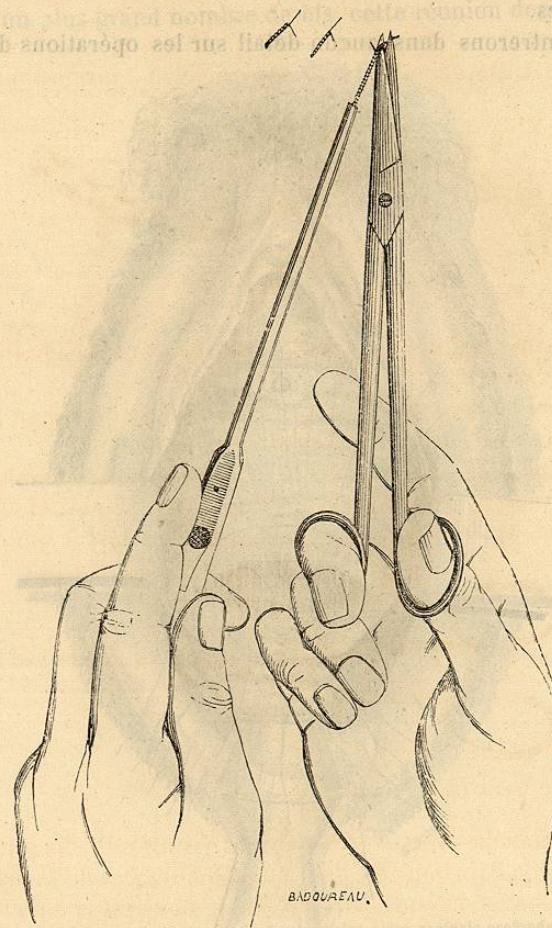


Fig. 308. — Manière d'enlever les fils.

et on les écrase. On coupe ensuite l'extrémité des fils tout près du grain de plomb.

Les avantages de ce petit appareil sont de protéger les parties avivées de l'action des liquides du vagin ; d'opérer une compression modérée et égale sur les tissus et d'empêcher les fils de s'enfoncer dans les téguments.

On enlève la plaque et les sutures au bout de deux jours. On coupe

les fils entre la petite boule de plomb écrasée et la plaque, on retire ensuite la plaque avec une pince, puis les fils métalliques.

Fistules vésico-utéro-vaginales. — Le manuel opératoire du procédé américain s'applique très bien aux remarquables méthodes instituées par Jobert pour guérir les fistules vésico-utéro-vaginales profondes et superficielles.

Nous n'entrerons dans aucun détail sur les opérations destinées à

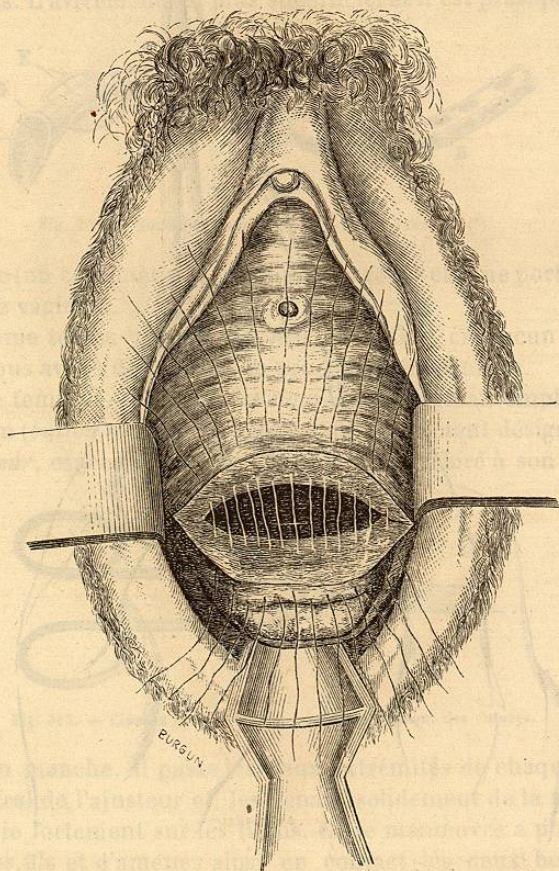


Fig. 309. — Opération de la fistule vésico-utéro-vaginale superficielle. (MONTEROS.)

lutter contre ce genre de fistule ; il suffit de pratiquer l'avivement en entonnoir, et de remplacer les fils de soie par des fils métalliques que l'on passera en beaucoup plus grande quantité. En jetant un coup d'œil sur les figures 309, 310, 311, on se rendra parfaitement compte de ce que nous venons de dire.

La figure 309, qui représente une fistule vésico-utéro-vaginale superficielle avivée et traversée par les fils, et la figure 310, une fistule vésico-

utéro-vaginale profonde dans la même condition, font bien voir que l'avivement pratiqué sur la cloison vésico-vaginale et sur le col de l'utérus est semblable à ce que nous avons montré figure 298 pour les fistules vésico-vaginales simples ; mais, dans la figure 311, la lèvre postérieure du col de l'utérus et la vessie sont suturées, et l'on peut voir que, sauf un plus grand nombre de fils, cette réunion donne le même

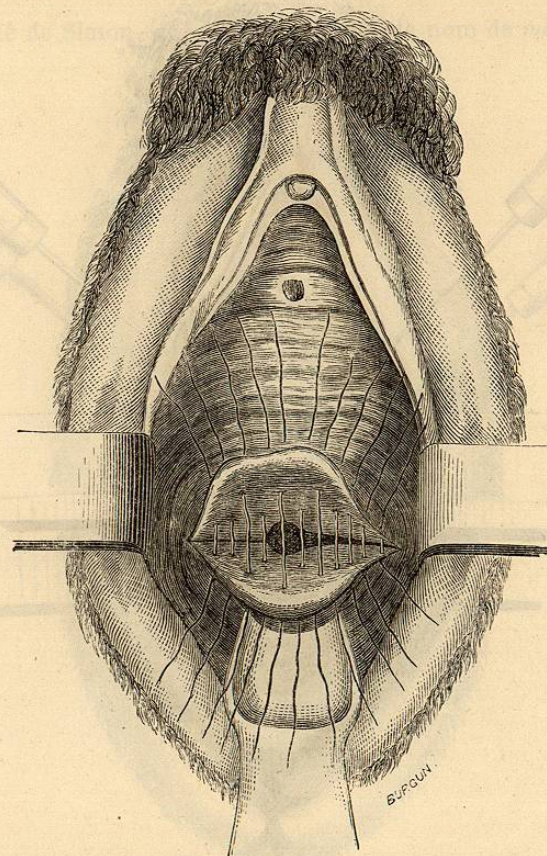


Fig. 310. — Opération de la fistule vésico-utéro-vaginale profonde (*).

résultat que la figure 304, qui représentait un résultat obtenu par Jobert.

4° *Procédé de Simon.* — C'est en 1862, peu de temps après l'introduction en France de la méthode américaine, que Simon fit connaître son procédé qui peut être considéré comme une combinaison des procédés français et américains.

(*) La lèvre antérieure du col utérin a été complètement détruite ; la lèvre postérieure est avivée et réunie avec la cloison vésico-vaginale.

Simon place les malades dans une position qu'il appelle *sacro-dorsale*; dans cette position, le sacrum est plus élevé que l'abdomen et la poitrine, les cuisses sont rabattues du côté de l'abdomen et des parties latérales du thorax.

Pour mettre à jour la fistule, Simon se guide d'après la profondeur

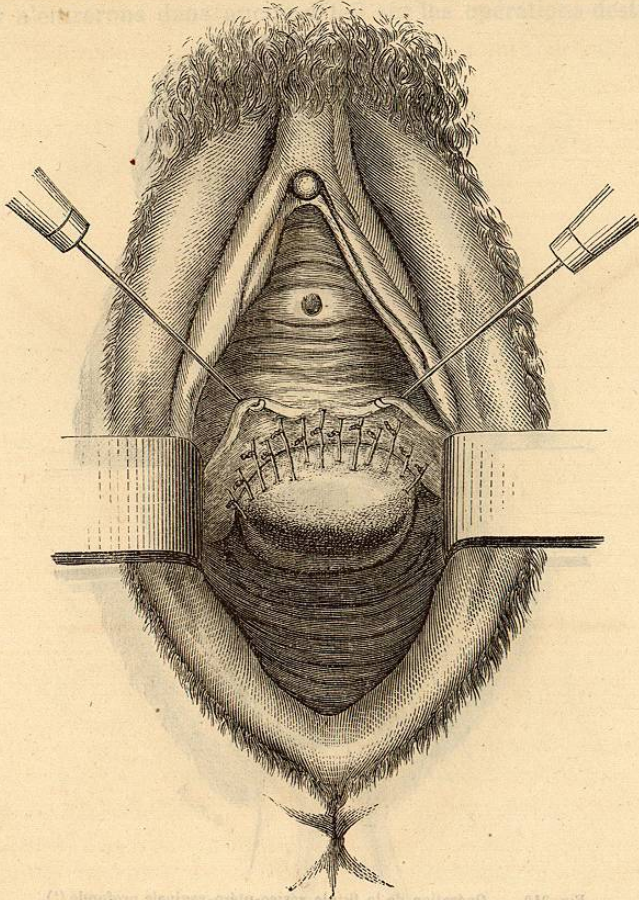


Fig. 311. — Opération de la fistule vésico-vaginale profonde (*).

de la fistule et d'après l'état de solidité de l'utérus; si la fistule est très profonde, et que l'utérus soit mobile, il attire, comme Jobert, le col au niveau de la vulve; mais, au lieu de se servir de pinces de Museux, il passe dans le col deux anses de fil qui servent à maintenir l'utérus. Mais si la fistule est peu profonde, et qu'il y ait impossibilité de déplacer l'utérus, Simon emploie le spéculum en gouttière de Sims.

(*) La lèvre antérieure du col utérin est avivée et réunie avec la paroi vésico-vaginale.

Quant à l'avivement, Simon réunit les procédés de Jobert et de Sims, c'est-à-dire qu'après avoir avivé toute l'épaisseur de la cloison, comme le fait Jobert, il pratique un avivement superficiel de la muqueuse vaginale. Le point auquel Simon attache une grande importance dans l'avivement des fistules est d'enlever complètement tout le tissu inodulaire, soit du côté du vagin, soit sur les bords de la muqueuse vésicale.

Le procédé de Simon, qui a été décrit sous le nom de *méthode alle-*

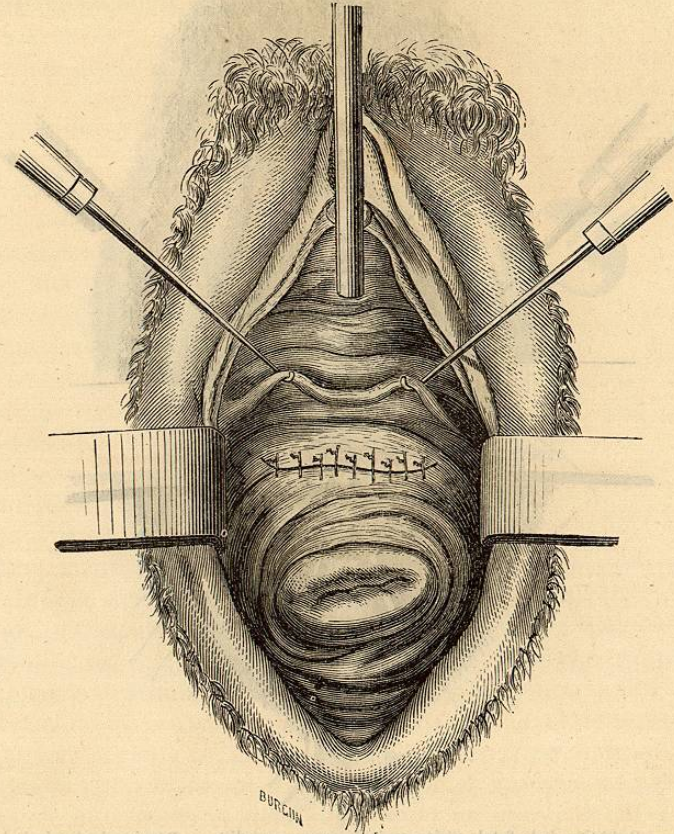


Fig. 312. — Opération de la fistule vésico-utéro-vaginale superficielle (*).

mande, ne présente rien de nouveau dans la position des malades ni dans la manière de mettre la fistule à découvert, ni dans l'avivement, puisque Simon ne fait que combiner plus ou moins les deux procédés américain et français; mais la réunion des bords rafraîchis est tout à fait différente.

Simon emploie des fils de soie très fins, bien tendus et lisses; au lieu

(*) La lèvre antérieure du col utérin est avivée et réunie par les fils avec la paroi vésico-vaginale.