

de l'opération, et de prévenir l'inflammation trop intense qui pourrait survenir.

En général, une première cautérisation avec le nitrate d'argent ne suffit pas pour aviver les bords de la fistule, surtout s'ils sont durs et calleux : s'il en est ainsi, il faut répéter l'opération, en mettant entre chaque cautérisation quatre ou cinq jours d'intervalle pour laisser tomber l'escharre ; enfin, lorsque l'avivement sera opéré, on introduira et on maintiendra une sonde dans la vessie, de manière à ce que l'urine, s'échappant librement dans un vase disposé au-devant de la vulve, ne s'oppose pas au rapprochement des parties. Tant que l'occlusion de la perforation ne sera pas complète, on reviendra aux mêmes moyens, principalement si l'on s'aperçoit que le diamètre de la fistule se rétrécit de plus en plus.

Nous terminerons en disant que la cautérisation favorise la cicatrisation des fistules vagino-vésicales, par trois modes d'action simultanée : 1<sup>o</sup> en avivant les bords de la plaie et en la mettant ainsi dans des conditions favorables à leur agglutination ; 2<sup>o</sup> en provoquant leur tuméfaction et en produisant un tissu nouveau (tissu inodulaire), dont la coarctation contribue puissamment au rapprochement des parties ; 3<sup>o</sup> en modifiant la nature et la vitalité des muqueuses vagino-vésicales, et en détruisant l'épithélium qui, dans l'état naturel, est le principal obstacle qui s'oppose à leur adhésion lorsqu'elles sont mises en con-

tact ; enfin, nous ajouterons que la cautérisation n'est ordinairement suivie de succès, que dans les fistules étroites et les fistules uréthro-vaginales ; comme elle échoue presque constamment dans les perforations étendues qu'on a le plus d'intérêt à guérir, on doit la rejeter dans les cas graves, et y recourir *toujours* pour terminer la cure des fistules qu'on est parvenu à rétrécir par une des méthodes que nous avons encore à faire connaître.

## DE LA SUTURE.

L'application de la suture, comme moyen curatif des fistules vaginales, ne date que des premières années de ce siècle. *J.-L. Petit* (1) la trouvait tellement impraticable, qu'il s'éleva fortement contre l'avis d'un médecin appelé en consultation, avec plusieurs autres, chez une dame affectée d'une fistule vésico-vaginale. Ce célèbre chirurgien, mort en 1750, dit, dans ses œuvres posthumes publiées par *Lesne*, son ancien élève, que le consultant qui proposa la suture, et qui du reste était seul de son avis, se rendit au sentiment commun, parce qu'il lui fit sentir « non seulement la difficulté de faire cette opération dans un lieu si profond et si caché, mais aussi la néces-

(1) Traité des maladies chirurg. et des opérat. etc. tome III, page 87.

« sité de rafraîchir les bords dans toute la circon-  
« fence du trou et l'impossibilité de l'exécuter exacte-  
« ment. »

D'après M. *Chélius*, dont parle M. le professeur *Velpeau* (1), la suture aurait été proposée par *Roonhuyzen*, accoucheur et chirurgien d'Amsterdam, qui vivait vers le milieu du XVII<sup>e</sup> siècle, et qui s'est surtout fait connaître par l'invention du levier, qui fut si long-temps un mystère pour le public. Le procédé de *Roonhuyzen*, qui paraît lui avoir été indiqué par son neveu, consiste à aviver les bords de l'ouverture fistuleuse, à les réunir à l'aide d'aiguilles faites avec l'extrémité cornée des plumes de cygne, qui seraient maintenues par la suture entortillée, enfin, à remplir la cavité vaginale au moyen d'une éponge. Il paraîtrait que plus tard ce procédé aurait réussi à *Fatio* et à *Walter*; mais les preuves qu'on a de leurs succès sont trop peu concluantes et trop peu authentiques pour qu'il ne reste aucun doute à cet égard.

En 1802, M. *Lewziski* proposa la suture, dans une thèse soutenue à la faculté de médecine de Paris. L'instrument qu'il conseille pour faire l'opération est tout simplement une sonde plate un peu courbée et percée de deux fentes vers son extrémité vésicale, de manière à donner passage à une aiguille qui est également courbe. Lorsque la sonde est introduite dans

(1) Médecine opératoire. tome III, page 648.

la vessie, on pousse l'aiguille par le vagin à travers la lèvre postérieure de la fistule, au moyen d'un ressort de montre renfermé dans la cavité de l'instrument. L'aiguille qui a traversé ainsi la cloison vésico-vaginale est aussitôt extraite par la vulve, en entraînant un fil dont on fait un point de suture, après avoir perforé la lèvre opposée de la plaie; enfin, lorsqu'on a placé de la même manière un nombre suffisant de fils pour maintenir en contact les bords de la division, on les noue et on les serre au moyen d'un serre-nœud.

En 1812, M. *Nægèle*, professeur à Heidelberg, employa avec succès la suture pour l'application de laquelle il propose plusieurs procédés que nous allons faire connaître quand nous aurons exposé la méthode qu'il suit pour aviver les bords de la plaie, et qu'il exécute de la manière suivante: Après avoir introduit dans la vessie une sonde qui doit y être maintenue immobile, il porte dans le vagin, en les conduisant sur le doigt indicateur, des ciseaux à pointe aiguë, avec lesquels il traverse les tissus, de manière à resciser les bords de la fistule qui sont soutenus par la sonde. Si l'avivement ne peut être complété avec les ciseaux, il l'achève alors au moyen d'un bistouri à lame cachée, mais qui est rendue saillante aussitôt qu'elle se trouve en rapport avec les parties sur lesquelles elle doit agir. Lorsque les bords de la fistule sont convenablement avivés, le professeur *Nægèle* procède à la liga-