

de l'instrument représenté par la figure 263 ; et ce dernier étant appliqué contre la plaie, les sutures conservent la forme qui est indiquée figure 264. On prend alors une plaque de plomb de 1 millimètre d'épaisseur qui correspond à la grandeur et à la forme de la plaie ; cette plaque est concave et percée de trous correspondant aux points de suture. Les extrémités des fils sont passées par les trous de la plaque et cette dernière solidement appliquée contre les bords de la plaie ; aux extrémités des fils, on enfile des grains de plomb troués que l'on pousse jusqu'aux trous de la plaque de plomb et qu'on écrase avec

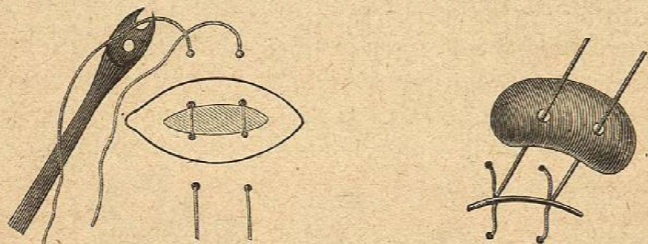


Fig. 262. — Passage des fils (Bozeman).

Fig. 263. — Fixation des fils (Bozeman).

une pince, après quoi les extrémités des fils d'argent sont coupées et leurs pédicules recourbés au-dessous des petites balles de plomb. La figure 264 représente une coupe de la suture terminée.

Dans les premiers jours qui suivent l'opération, Bozeman donne un peu d'opium ; à l'exemple de Simon, il a abandonné l'usage de la sonde à demeure. Dans tous les cas, la suture est enlevée le 7^e jour. Les petites balles de plomb étant maintenues au moyen d'une pince, les fils sont coupés au-dessous d'eux avec des ciseaux, après quoi la plaque est soulevée et les fils enlevés. Dans toutes les pertes de subs-



Fig. 264. — Plaque et plombs pour fixer les sutures (Bozeman).

tance étendues, Bozeman s'assurait toujours si un des uretères (ou les deux) ne s'abouchait pas dans le bord supérieur de la fistule. Dans un cas semblable, l'uretère doit être fendu à une profondeur de 1 centimètre vers la vessie, afin qu'il se reforme un nouvel orifice vésical.

VARIÉTÉS. — Ce que nous venons de dire résume les points essentiels du procédé de Bozeman pour les *fistules vésico-vaginales*. Dans les *fistules uréthro-vaginales*, on suit les mêmes principes. Il existe cependant des fistules vésico-vaginales dans lesquelles les pertes de substance sont si considérables, que toute tentative de réunion est vaine. Dans ces cas, on peut améliorer la malade en oblitérant le va-

gin (colpoelisis). On lui obture le vagin immédiatement au-dessous de la fistule ; l'urine est alors retenue dans la vessie d'une part, puis dans l'espace situé au-dessus de l'occlusion, dans la partie du vagin qui communique par la fistule avec la vessie. L'urine est évacuée périodiquement, et quand surviennent les règles, elles pénètrent dans la vessie par la fistule et sont évacuées avec l'urine sans aucun inconvénient. L'opération consiste à suturer transversalement le vagin de sorte que la paroi antérieure s'accôle à la postérieure. Le vagin doit être avivé circulairement ; la surface avivée représente donc le manteau d'un cylindre très bas.

Dans les *fistules vésico-cervicales superficielles*, la face antérieure du col utérin est avivée et suturée au bord inférieur de la fistule ; dans les fistules vésico-cervicales profondes, c'est la lèvre postérieure du col qui est suturée au bord inférieur de la fistule ; l'orifice s'ouvre donc dans la vessie et la femme est dès lors stérile.

Dans les *fistules vésico-utérines*, on essaye d'abord de dilater le col, et de fermer la fistule par des cautérisations. Lorsque ce traitement ne réussit pas, on peut, à l'exemple de Kaltenbach, fendre le col des deux côtés et en attirant la lèvre supérieure du col aviver directement et suturer la fistule. Si enfin ce dernier procédé ne réussit pas non plus, on pourra toujours aviver les deux lèvres du col et fermer l'orifice utérin (hystéroclisis).

Dans les *fistules urétéro-vaginales*, Landau propose l'occlusion directe. Un cathéter élastique introduit dans la fistule est poussé en haut dans l'uretère et son extrémité inférieure sort dans la vessie par l'extrémité inférieure de l'uretère ; puis au moyen d'une pince à pansement passée par l'urèthre, on saisit cette extrémité et l'attire en dehors. Sur cette sonde introduite comme il vient d'être dit dans l'uretère, la paroi inférieure de ce dernier est avivée et suturée. Simon au contraire conseillait d'inciser la paroi vésico-vaginale au niveau de la fistule et de la transformer ainsi en une fistule vésico-urétéro-vaginale ; par l'ouverture qui vient d'être faite, l'uretère est fendu du côté de la vessie, et l'incision tenue ouverte au moyen d'une sonde jusqu'à cicatrisation, de façon à ce qu'il se forme un nouvel orifice urétéral ; au-dessous de celui-ci on suture la fistule vésico-vaginale établie par le chirurgien.

Les opérations que nous venons de décrire peuvent entraîner des dangers de mort par la dénudation et la suppuration du tissu cellulaire sous-séreux, par l'ouverture du péritoine, même par l'hémorrhagie. Mais elles resteront toujours un brillant témoignage du génie et de l'adresse de l'homme.