

Desault, dont l'exemple fut imité par Chopart, se servait d'un appareil spécial pour maintenir la sonde. C'est un brayer dont la pelote arrive au pénis, et qui porte une tige recourbée pour recevoir les instruments. Le tampon était ciré et comprimait les bords fistuleux.

2° *Cautérisation*. La cautérisation s'exécute, soit à l'aide du cautère actuel, soit avec le nitrate d'argent. Si l'on emploie le fer rouge, le spéculum est indispensable ; on fait usage du spéculum brisé simple, ou de celui en bec de flûte de Dupuytren. Un cautère en haricot, *a, b* (fig. 558), est ensuite porté, au moyen d'une gouttière métallique *c*, sur la fistule mise à nu. Un précepte important est celui de ne pas le faire agir avec trop d'intensité : il produirait une eschare et augmenterait la perforation. Delpech prescrivait de ne l'appliquer que sur la portion *vaginale* de la fistule. Le nitrate d'argent est généralement préféré. On peut fixer le crayon perpendiculairement à l'extrémité d'une pince à pansement, ou faire usage d'un porte-crayon droit. Pendant le traitement par des cautérisations répétées, une sonde est laissée à demeure dans la vessie. S'il reste un petit pertuis réfractaire, la guérison peut encore se faire spontanément, mais cette heureuse terminaison est excessivement rare.

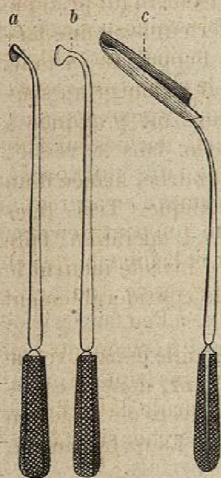


Fig. 558.

3° La *suture*, à laquelle on devait songer naturellement, et qui paraît avoir été exécutée pour la première fois par de Roonhuysen, est le moyen le plus employé et le plus heureux. Tout ce qui a été fait jusqu'à ces dernières années n'a plus qu'une valeur historique, et la pratique, complètement renouvelée par des procédés qu'on peut appeler *actuels*, date des premiers essais d'une méthode à laquelle les Américains ont eu l'honneur de donner leur nom. (Méthode américaine.)

Premiers essais. Malagodi (de Bologne) fit, en 1828, pour une large fistule longitudinale, la *suture à points séparés*.

Le premier temps, l'avivement des bords, fut exécuté à l'aide de l'indicateur armé d'un doigtier, qui, introduit par le vagin dans la vessie, servit de crochet pour attirer successivement chacune des deux lèvres de la fistule et en réséquer le bord avec un bistouri droit. Le second temps fut exécuté d'une manière semblable : une petite aiguille courbe, armée d'un fil, fut portée de la vessie dans le

vagin, à 0^m,004 en dehors du bord de la solution de continuité et au travers de la cloison vésico-vaginale. Malagodi en fit autant sur l'autre bord, à l'aide d'une seconde aiguille fixée à l'extrémité de la ligature. Un second et un troisième fils furent passés de la même manière et noués séparément, l'opération ayant commencé par l'extrémité postérieure de la fistule. Une sonde fut portée dans la vessie, et la malade garda le lit. Les deux ligatures postérieures réussirent complètement ; l'antérieure seule coupa les tissus. La cure fut terminée à l'aide de cautérisations avec le nitrate d'argent.

Roux eut recours à la suture entortillée. L'avivement fut pratiqué à l'aide de pinces particulières, dont le mors inférieur avait une largeur double de l'autre, afin d'offrir un point d'appui au bistouri porté sur le bord de la lèvre ainsi saisie. Il fallut renoncer au spéculum, dont la présence fit obstacle. La suture fut pratiquée à l'aide du porte-aiguille, qui conduisit du vagin dans la vessie, puis de la vessie dans le vagin, une aiguille courbe, armée d'un fil, entraînant lui-même une petite tige métallique. Trois tiges furent passées ainsi, et la suture nouée sur elles. L'opération, faite avec beaucoup d'habileté, dura deux heures. La malade mourut le deuxième jour ; à l'autopsie on trouva la fistule considérablement agrandie.

Lewzinski imagina, en 1802, d'introduire l'aiguille dans la vessie par l'urèthre, en se servant d'une canule d'argent, dont la courbure recevait une aiguille armée, passant au travers de la cloison vésico-vaginale au moyen d'un ressort de montre. La main gauche, portée dans le vagin, aidait la manœuvre.

Deyber avait remplacé le ressort et l'aiguille séparés par un *dard aiguillé*, fenêtré à sa pointe.

Lallemand se servit de l'aiguille de Deyber, pour passer des fils doubles et exécuter une véritable *suture enchevillée*.

Nægele avivait les bords de la fistule à l'aide d'un bistouri renfermé dans une gaine, et les traversait ensuite avec une aiguille courbe particulière, portée du vagin dans la vessie. Les fils, au lieu d'être noués isolément, étaient rassemblés en faisceau. C'est la *suture à anses* de Ledran.

Méthode américaine. Nous décrirons sous ce nom tous les nouveaux procédés de suture qui ont fait révolution dans l'art de fermer les fistules vaginales, et ont substitué des succès presque constants à des revers à peine interrompus par quelques réussites contestées. Comme il arrive pour tous nos progrès, les points fondamentaux de la méthode ont un peu perdu de leur valeur ; mais l'impulsion donnée s'est continuée et a fait prévaloir un certain

nombre de règles dont les chirurgiens font chaque jour les plus heureuses applications.

On pourrait réduire à trois les principaux caractères de la méthode dite *américaine*: 1^o l'intégrité de la paroi vésicale, qui ne doit pas être traversée par les instruments; 2^o l'avivement, largement pratiqué, de la paroi vaginale, en ménageant la vessie; 3^o l'emploi des sutures métalliques et leur multiplicité.

C'est en parlant de ces dernières que M. Sims (de Montgomery) n'a pas craint de les appeler la plus grande découverte chirurgicale du dix-neuvième siècle, alors que M. G. Simon (de Darmstadt) obtenait cependant les plus remarquables résultats de l'usage de simples fils de soie.

L'étude des différents temps opératoires nous permettra d'exposer avec plus d'ordre une foule de détails dont l'appréciation est encore très-personnelle.

A. *Position de la malade*. Backer-Brown recommande à l'opérée de se tenir sur les coudes et les genoux, situation fatigante, incompatible avec les anesthésiques et abandonnée pour le décubitus dorsal, avec forte élévation du bassin, nommée par M. G. Simon (1862) *position pelvi-dorsale*, ou pour le *décubitus latéral*, avec flexion des cuisses sur le bassin, la cuisse libre étant plus fléchie que l'autre.

Si le vagin est large, la lumière diffuse suffit à l'éclairage. Autrement M. Sims dispose un petit miroir de 0^m,18 à 0^m,30 sur une table voisine et fait projeter les rayons solaires sur la surface concave du spéculum, qui les réfléchit à son tour sur la paroi vaginale antérieure.

B. *Mise à nu de la fistule*. L'utérus est-il mobile, on l'attire à la vulve avec des pinces de Museux (Jobert) ou avec deux fils qui en traversent le col (G. Simon), ce qui gêne moins l'opérateur.

Les parties sont-elles fixes, on déprime la paroi postérieure du vagin avec une plaque métallique légèrement courbée en gouttière, plus ou moins large, selon les cas, et montée à angle droit sur un manche confié à un aide (fig. 559). Les gouttières de MM. Sims et Bozemann ont cette forme, dont les avantages avaient déjà frappé Deyber, et ont été

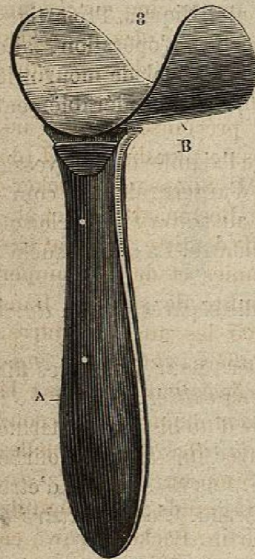


Fig. 559.

reconnus par G. Simon. Ce nouveau spéculum est généralement employé.

C. *L'avivement* s'opère avec des ténotomes, des bistouris étroits et fins, à simple et double tranchant, des ciseaux coudés, de longues pinces à dents de souris, des crochets; il doit porter sur 0^m,01 environ de la circonférence de la fistule et n'atteindre que la muqueuse vaginale. C'est un temps des plus importants; M. Bozemann y consacra, à l'Hôtel-Dieu de Paris, deux heures entières. M. G. Simon n'accorde pas autant d'importance à ménager la vessie, et il recommande un *avivement en entonnoir profond*, dans lequel il intéresse toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, et un *avivement en entonnoir évasé*, où l'on suit le procédé américain. Ce chirurgien se fonde sur la convenance d'enlever tous les tissus morbides et particulièrement le tissu inodulaire, et il veut arriver aux parois molles et élastiques des organes pour les mieux affronter. Il obtient, dit-il, un cône d'avivement dont la base est dans le vagin et le sommet à la vessie, et qui mesure de 0^m,006 à 0^m,008 de hauteur. On ne saurait oublier que M. G. Simon parle au nom de son expérience et qu'il compte trente-cinq succès sur quarante opérations, faites en toute connaissance des nouveaux procédés. Cette modification est, au reste, peu considérable, puisque la vessie avivée n'est pas traversée par les sutures.

D. *Suture*. MM. Sims et Bozemann ont préconisé les fils d'argent; Mettauer (de Virginie, 1830), les fils de plomb; Gosset (de Londres, 1834), les fils d'argent doré; MM. Simpson et Backer-Brown, les fils de fer recuit; Hayward (de Boston, 1839), et actuellement M. G. Simon, les fils de soie de dentiste. Le point capital est d'éviter la tension des parties réunies et de la diminuer en la répartissant sur un plus grand nombre de sutures. Dans ce but on place les fils à environ 0^m,005 les uns des autres. M. G. Simon en établit deux séries: la première, *sutures de rapprochement*, embrassant une assez grande épaisseur de tissus; la deuxième, *sutures de réunion*, multipliées et moins longues pour maintenir une affrontation parfaite. Les aiguilles avec lesquelles on passe les sutures ont été très-variées. Simpson a inventé l'*aiguille tubulée*, dont les avantages sont très-grands; cette aiguille a été plus ou moins perfectionnée par Startin. Backer-Brown en a fait construire une série de quatorze, de grandeurs différentes. Elle se compose d'un manche A (nos 1, 2, 3, 4, fig. 560) supportant une tige creuse B, de courbure variable, aiguisée à son extrémité terminale, et dans laquelle on engage le fil C. M. Matthieu en a fabriqué une dans laquelle le fil marche au moyen d'un mécanisme qui en règle les mouvements. On a conseillé de placer