

en premier lieu des fils de soie conducteurs, dans l'anse desquels on fixe le fil métallique. On peut aussi se servir d'un porte-aiguille ordinaire. On soutient les tissus du côté opposé avec un ténaculum.

Moyen de fixer les fils. Une foule de procédés servent à fixer les fils et à assurer la réunion. Nous rejetons tous ceux dans lesquels

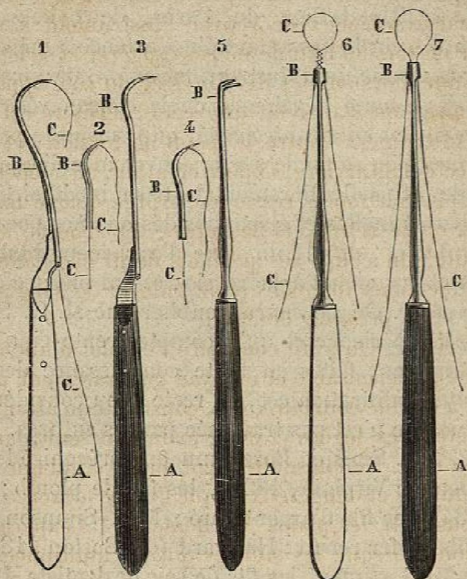


Fig. 560.

on fait usage de plaques, de lames, de boutons, de petites boules de plomb, pour assujettir les sutures. Ces corps étrangers augmentent la tension par leur poids, cachent la plaie, l'ulcèrent par leur contact et nous paraissent nuisibles. Mieux vaut simplement tordre les fils métalliques avec une pince plate ou l'ajusteur (fig. 560, n° 5), et la pince à bec de cane de M. Sims. La pince plate est formée d'une longue tige d'acier, supportée par un manche, et offre à son extrémité une petite plaque fendue, légèrement courbée, dans laquelle on engage les fils, et sur laquelle on en pratique la torsion. Si l'on s'est servi de fils de soie, on emploie le nœud de Fergusson (voy. *Staphyloraphie*). Un chirurgien anglais, M. Erghill, a fait connaître (*Medical Times and Gazette*) un ajusteur très-commode dont M. Sédillot s'est servi avec beaucoup d'avantages pour serrer et tordre les ligatures métalliques. Cet instru-

ment se compose d'une tige d'acier, arrondie à son extrémité libre et parcourue de chaque côté par un tube. On fait pénétrer dans chacun des tubes les extrémités des fils qui ont traversé les deux lèvres de la plaie; une traction plus ou moins grande opérée sur ces extrémités serre plus ou moins contre les chairs l'anse de la ligature: en faisant tourner l'instrument on tord les fils (fig. 560, nos 6 et 7), que l'on amène au degré de constriction convenable. Il est en général avantageux de retirer l'instrument à soi après le premier tour de torsion afin de ne pas exagérer la striction. La torsion se continue alors sur les fils libres et du côté opposé à l'anse. Si, au contraire, on s'aperçoit que cette dernière est trop lâche, on pousse l'instrument contre le point de torsion, et celle-ci, ne pouvant s'effectuer en arrière, s'opère en avant, aux dépens de l'anse, qui est ainsi plus ou moins resserrée. Après quatre tours environ de l'ajusteur, on le retire, et la suture est achevée avec la plus grande rapidité. On coupe les portions de fil excédantes, et on se borne à des injections vaginales pour enlever le sang, la sérosité et le mucus, et en prévenir la fétidité.

E. *Cathétérisme.* On avait considéré l'emploi d'une sonde à demeure comme indispensable et on avait généralement adopté celle de M. Sims, à double courbure, qui, construite en aluminium, avait l'avantage d'être très-légère et de se maintenir seule dans la vessie. MM. Simpson et G. Simon soutiennent aujourd'hui que ces instruments sont inutiles et dangereux et que l'urine n'exerce aucune influence fâcheuse sur les plaies. Ce démenti à l'expérience mérite une explication. Lorsque les sutures ont été multipliées et que les plaies ont été affrontées sur une assez grande épaisseur, la réunion s'accomplit régulièrement malgré la présence de l'urine, qui ne peut les pénétrer et reste dès lors sans action sur elles; mais nous n'en sommes pas moins convaincus du danger du contact de ce liquide, s'il pouvait s'infiltrer entre les sutures. Dans ce cas, la suppuration deviendrait inévitable et la réunion manquerait.

F. *Soins consécutifs.* On retire les sutures du troisième au douzième jour, avec les précautions ordinaires, en ayant soin de ne pas ébranler les adhérences déjà produites. Une longue pince et des ciseaux à branches allongées et à pointe mousse suffisent pour ce résultat. Les opiacés et la morphine, les injections et une diète convenable complètent le traitement.

4^o *Instruments unissants.* Lallemand avait fait construire un instrument composé d'une canule (fig. 561) portant un double crochet *i* mû par une tige *h*, et une plaque *j* fixée et supportée par un ressort à boudin *d l*. Les crochets engagés dans la lèvre postérieure de la fistule et fixés par la vis *h*, un rouleau de charpie

est placé entre l'urèthre et la plaque externe *j*. On lâche le ressort, qui repousse en arrière la lèvre antérieure de la fistule, tandis que la lèvre postérieure est attirée par les crochets. L'extrémité vésicale de la sonde *k, c*, est percée d'une ouverture pour l'écoulement des urines, et un bec d'aiguïère *f, g*, est adapté à l'autre extrémité pour les diriger. Un disque de 0^m,016 de diamètre, *e, m*, est soudé entre le bec d'aiguïère et la sonde, pour fournir un point d'appui au ressort à boudin. Deux trous *i*, percés sur la sonde, laissent sortir les crochets.

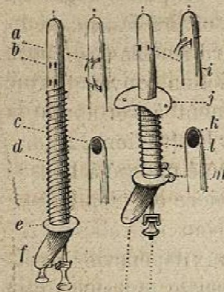


Fig. 561.

La sonde de M. Caubet (fig. 561) présente quatre crochets *a, b*, deux supérieurs et deux inférieurs, destinés à s'implanter dans les bords opposés de la fistule et à les maintenir en contact.

M. Laugier a fait aussi fabriquer une pince-érigne articulée comme le forceps de Smellie, et dont les griffes peuvent être tournées en différents sens.

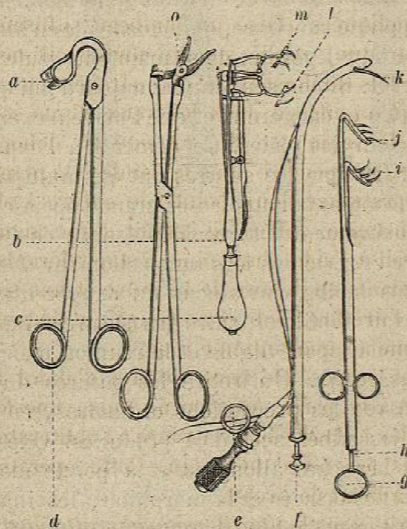


Fig. 562.

Nous avons représenté (fig. 562) quelques instruments mis en usage pour le traitement des fistules vésico-vaginales. Ce sont des ciseaux *a, o, d*, à branches inclinées dans différents sens et d'un très-petit calibre, pour opérer l'avivement; un porte-aiguille *e* destiné

à conduire de la vessie dans le vagin le fil de la suture, en poussant une tige *f*, qui fait saillir un crochet *k*. Une érigne double, *i, j*, dont une des branches *g* est mobile sur l'autre, *h*, supportée par une canule, permet de saisir et de rapprocher par le vagin les bords fistuleux. Une autre érigne à doubles branches, *l, m*, remplit les mêmes indications. Il suffit, en fixant le manche *c*, de faire basculer la tige *b* qui soutient un des crochets *l*. Celle-ci se referme et s'implante dans les tissus par la seule élasticité du ressort qui la soutient.

5^o *Anaplastie*. L'anaplastie a été pratiquée de diverses manières, soit par transport d'un bouchon cutané, soit par soulèvement d'une arcade du vagin, soit par incision à distance etc.

L'*élytroplastie* consiste à tailler un lambeau aux dépens de la grande lèvre, ou de la fesse, ou de ces deux parties à la fois, et à le fixer entre les bords de la fistule avivée. Une incision conduite de haut en bas, le long du côté externe de la grande lèvre, la contourne en dedans, pour remonter au côté interne jusqu'au niveau du point de départ. On forme ainsi un lambeau à base tournée en haut, rapprochée le plus possible de la fistule, et à sommet inférieur. Les règles générales de l'autoplastie doivent être soigneusement appliquées: faire un lambeau suffisamment épais et assez long pour que, replié sur lui-même, il ne soit pas trop tendu etc. Une fois qu'il est taillé, on en traverse le sommet à l'aide d'un fil ciré, qu'on engage dans les yeux d'une sonde portée par l'urèthre dans le vagin; ce fil, ramené au dehors, sert à tirer sur le lambeau, qui pénètre dans la fistule à la manière d'un bouchon. Reste à pratiquer deux points de suture à chaque angle de la perte de substance. Jobert se servait d'une aiguille ordinaire, qu'il manœuvrait à l'aide d'une pince à staphylographie. Les fils sont maintenus pendants en dehors de la vulve et une sonde est fixée à demeure dans l'urèthre. Jobert ne coupait le pédicule du lambeau que du trentième au quarantième jour.

Velpeau s'est proposé de faire adhérer d'abord la paroi postérieure du vagin à la paroi antérieure, puis, une fois l'adhérence établie, de tailler le lambeau nécessaire à l'oblitération de la vessie, sans altérer les fonctions du vagin. Cette opération est restée, croyons-nous, à l'état de projet.

Jobert a décrit, sous le nom de *réunion autoplastique par glissement*, un second procédé, dans lequel on pratique une incision semi-circulaire, transversale, sur la partie antérieure du col utérin, à l'endroit où celle-ci est jointe au vagin. La dissection a lieu de bas en haut, et le tranchant du bistouri est dirigé vers le col, afin de protéger la vessie contre de dangereuses atteintes.