

Jobert a partagé son opération en six temps : 1° On attire l'utérus à la vulve au moyen de doubles érignes, qui y sont implantées autant que possible dans le sens opposé à celui de la fistule (fig. 563).

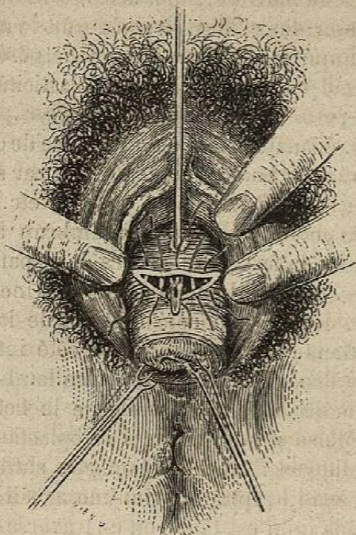


Fig. 563.

Les tractions doivent être faites avec lenteur et de manière à ne pas gêner la vue de l'opérateur. 2° On détache le vagin de la demi-circonférence antérieure du col utérin. Le péritoine est à plus de 0^m,02 en arrière, et, avec la précaution de tourner le tranchant du bistouri contre le col, on ne risque pas de blesser la vessie. La section de la partie antéro-supérieure du vagin procure le relâchement de la paroi correspondante de cet organe et facilite le succès de l'opération. 3° On avive largement les bords de la fistule, en commençant par le postérieur, qui est le plus déclive, si la solution de continuité est transversale. 4° L'application des sutures entrecoupées réclame deux mécanismes distincts, selon que la fistule peut être amenée à la vulve, ou qu'elle est située profondément. Dans le premier cas, on se sert d'une aiguille courbe que l'on porte au travers des lèvres de la plaie du vagin dans la vessie, puis de la vessie dans le vagin, sans difficultés notables. Dans le second cas, on a recours à une sorte de porte-aiguille introduit par l'urèthre dans la vessie, que l'on transperce, ainsi que la paroi vaginale adossée, de dedans en dehors d'un côté, puis du côté opposé, avec le soin de retenir

à la vulve une des extrémités du fil lors du premier point de suture, et de préserver la face postérieure du vagin avec une des valves d'un spéculum de bois ou d'ivoire. On noue alors séparément chacun des fils, dont on a placé de trois à cinq, selon les dimensions de la fistule, et l'on fait une injection d'eau froide dans le vagin pour le débarrasser des caillots de sang qui s'y sont formés. 5° On place à demeure une sonde dans la vessie, pour faciliter l'écoulement de l'urine; il ne faut pas oublier que la vessie est souvent réduite à une très-petite capacité, en raison des pertes de substance subies, et de la rétractilité produite par un état de vacuité plus ou moins ancien, et il faut éviter que le bec de la sonde ne presse contre les parois de l'organe ou contre les points de suture. 6° Enfin Jobert plaçait pendant vingt-quatre heures un tampon d'amadou dans le vagin, pour absorber le sang qui peut suinter de la plaie.

Lorsque la tension des parties est restée très-considérable, malgré le décollement de la partie supérieure du vagin, on pratique des incisions auxiliaires dans l'épaisseur même de cet organe, parallèlement aux lèvres de la fistule; Jobert se bornait souvent à cette opération. M. Maisonneuve a proposé de détacher l'urèthre du pubis, comme moyen de relâcher encore davantage les parties, et de permettre ainsi le retrait d'avant en arrière du vagin et de la vessie.

Procédé autoplastique ou à lambeaux de M. Duboué (de Pau). Ce procédé, également employé par M. Collis (de Dublin), et que Gerdy a proposé et pratiqué le premier, consiste à former deux petits lambeaux aux dépens du vagin, sur les côtés opposés de la fistule, et à les affronter par leurs surfaces saignantes. Ces lambeaux, plus larges que la fistule de 0^m,010 à 0^m,012, et longs également de 0^m,010 à 0^m,012, sont disséqués à partir des bords de l'ouverture accidentelle qu'ils dédoublent, en quelque sorte, et sont renversés dans le vagin: de façon qu'au lieu d'un simple avivement pratiqué tout autour de la fistule dans une zone de 0^m,010 à 0^m,012 comme dans la méthode américaine, on a sur la même étendue de tissu deux surfaces latérales avivées de la même manière et deux lambeaux taillés dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, et dont les surfaces cruentées sont tournées l'une vers l'autre.

La base des lambeaux est mise en contact et réunie par quelques points de suture entortillée. M. Collis se sert de morceaux de sondes en caoutchouc; M. Duboué emploie des fils métalliques-passés dans de petits boutons d'ivoire afin de ne pas comprimer la base des lambeaux dans toute son étendue et de prévenir la gangrène de ces derniers. Par le rapprochement de la base des lambeaux, la suture enche-

villée fait faire aux tissus un double relief, l'un du côté du vagin, entre les morceaux de sonde ou les boutons, l'autre du côté de la vessie.

On a comparé avec juste raison ce procédé à double lambeau renversé de Clémot (de Rochefort) pour le bec-de-lièvre.

Si l'on réfléchit que les adhérences du vagin au pourtour de la fistule sont souvent très-serrées, et que leur séparation est toujours très-difficile, quand l'induration et la friabilité des tissus n'existe pas; que les lambeaux formant saillie dans le vagin sans rapport avec la fistule sont d'une utilité problématique; enfin que la fistule est fermée par le contact des parties avivées à son pourtour, on est peu disposé à accorder grande valeur à ce procédé. Employé deux fois par M. Legouest, il a été suivi deux fois de la gangrène des lambeaux, accident signalé par M. Collis et que M. Duboué semble n'avoir pas eu à déplorer, bien que les boutons d'ivoire aient déterminé des ulcérations chez la plupart de ses opérées.

6^o *Oblitération du vagin.* Vidal ayant vu échouer, entre les mains de Sanson, la suture faite sur le doigt introduit directement dans la vessie après le débridement du col, comme pour la taille bilatérale, procédé supérieur, dit-il, à tous les autres, désespéra complètement de la suture et de toutes les méthodes qu'il appelait *directes*. Il imagina dès lors une méthode *indirecte*, qui consiste à aviver le pourtour vulvaire et à le fermer complètement par la suture. Le vagin devient ainsi une succursale de la vessie; les urines y sont librement reçues; les règles y passent également, et les fonctions génitales sont seules abolies. Une opération de ce genre, pratiquée par Vidal, paraissait avoir réussi, quand un élève, par des manœuvres intempestives, déchira la réunion, qui était presque complète.

A. Bérard a répété (1845) ce procédé; sa malade mourut d'une péritonite, étrangère, selon lui, à l'opération.

Backer-Brown a obtenu, en 1860, une guérison complète par le procédé de Vidal. Les urines et le sang menstruel étaient rendus par l'urèthre.

M. G. Simon a réussi deux fois et a retrouvé ses opérées, au bout de la deuxième année, jouissant d'une très-bonne santé. MM. Wernher et Roser, au rapport de Malgaigne, auraient été aussi heureux.

Formation d'une fistule recto-vaginale. M. le docteur J. R. du Costa Duarte (1865) a proposé d'établir une communication entre le rectum et la vessie, après l'oblitération du vagin. Une observation de Backer-Brown semble prouver la possibilité de ce procédé, qui n'a pas encore été appliqué.

Incurabilité. Les malades n'ont d'autre ressource que les soins

de propreté. Différents instruments, sous forme de boule, de cuvette ou de bouteille en caoutchouc, ont été imaginés pour recevoir l'urine. Le *trou d'enfer*, de J. L. Petit, était dans ce cas. Il nous suffit de signaler les appareils de Féburier, de Barnee, de M. Guillon, de Dugds etc.

Appréciation. Le tamponnement de Desault est complètement abandonné aujourd'hui; cependant il réussit, aidé de la compression, dans les fistules du col vésical ou uréthro-vaginales, dont quelques-unes guérissent spontanément. La cautérisation est également applicable aux cas de fistules peu étendues, ayant leur siège à l'urèthre ou au col de la vessie. La fistule occupe-t-elle le bas-fond, si elle est longitudinale, c'est à la suture qu'il convient plus particulièrement de recourir.

Les procédés rattachés à la méthode dite *américaine* ont donné de remarquables succès. M. Backer-Brown, au rapport de Follin (*Arch. gén. de méd.*, mai et juin 1860), comptait vingt-six succès sur vingt-sept opérations, et avant et depuis cette époque MM. Sims, Bozemann, Simpson, G. Simon, Herrgott, Follin, Courty et beaucoup d'autres chirurgiens ont obtenu de nombreuses guérisons. M. Herrgott a publié une série de cinq, et M. le professeur Courty (de Montpellier), une série de six succès. Voici comment s'exprime ce dernier confrère (8 novembre 1865):

« Les malades en décubitus dorsal étaient chloroformés. L'opération fut faite largement, sans les lambeaux autoplastiques de M. Duboué. Les sutures métalliques se composèrent de fils de fer un peu forts pour les sutures profondes, fins pour les sutures superficielles. Les fils furent placés avec l'aiguille tubulée de Startin, ou avec la petite aiguille de Sims, à laquelle on attachait le fil métallique directement ou par l'intermédiaire d'un fil de soie. Les fils furent serrés avec l'ajusteur ou simplement tordus sur eux-mêmes, ce qui est beaucoup plus facile et plus sûr que les crampons, la plaque de la suture en bouton, les arcs, les chevilles ou les fanons métalliques, les grains de plomb perforés de la suture moniliforme, les boutons de nacre ou d'ivoire à double trou etc. Les fils furent coupés près de leur réunion et multipliés sans perforer la vessie. Ils furent retirés du cinquième au dixième jour, tous ensemble ou successivement. »

Les femmes opérées n'ont plus assez souvent qu'une vessie étroite et peu susceptible d'une grande dilatation, aussi sont-elles sujettes à perdre leurs urines involontairement dans certains mouvements et certaines positions; mais cet inconvénient n'est rien en comparaison d'une incontinence continuelle et des affreuses altérations qu'une fistule détermine dans les organes sexuels.