

*gousset* est très-ingénieux. C'est une suture circulaire opérée au-dessous de la peau. Pour l'exécuter on porte une aiguille armée d'un fil à quelques millimètres de l'orifice de la fistule; on traverse la peau et l'on fait marcher l'aiguille au-dessous d'elle, dans une étendue correspondante au tiers environ de la circonférence du point fistuleux. On perce alors la peau dedans en dehors pour éviter de la trop froncer, puis on réengage l'aiguille dans cette ouverture de sortie, et après avoir répété une troisième fois la même opération, on fait traverser de nouveau à l'aiguille la petite plaie résultant de la première piqûre. Les deux extrémités du fil s'y rencontrent, et il suffit de les serrer et de les nouer pour fermer la fistule par la constriction du tissu cellulaire sous-cutané.

L'on pourrait également mettre en usage la suture circulaire à points passés, comprenant alternativement une portion des téguments, de manière à les froncer autour de l'orifice fistuleux: on risquerait moins de voir la ligature ulcérer et détruire les tissus mis en contact.

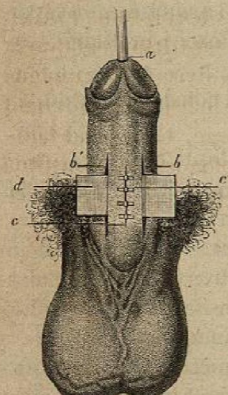


Fig. 659.

Le quatrième procédé de Dieffenbach (*fig. 659*) est la répétition du deuxième, avec cette différence que l'on étend la dissection des lèvres de la fistule jusqu'aux incisions latérales pratiquées plus en dehors. Il en résulte deux bandelettes cutanées, fixées seulement par leurs extrémités *b*, *b'*, faciles à soulever sur une bandelette de linge *d*, et à mettre en contact au devant de la fistule *c*, *c'*.

Dans un cinquième procédé, l'opération ne diffère de la précédente que par le mode de réunion. Celle-ci s'obtient au moyen de

petites attelles de cuir flexibles, de 0<sup>m</sup>,006 de largeur, percées de trois trous et un peu plus longues que les bandelettes cutanées. Ces dernières, mises en contact au devant de la fistule par l'opposition de leurs surfaces saignantes, restent maintenues en rapport par les attelles, dont les trous sont traversés par des épingles recourbées en crochet pour en assurer la fixité.

A. Cooper, ayant eu à traiter une fistule uréthrale située au devant du scrotum, en circonscrit les bords de manière à constituer une plaie quadrilatérale au milieu de laquelle était le trajet fistuleux. Il la recouvrit ensuite avec un lambeau de même forme, taillé aux dépens du scrotum. Ce lambeau, largement disséqué, fut porté en avant et fixé au moyen de nombreux points de suture.

M. Alliot (de Montagny) se servit de la peau de la verge, entraînée par glissement au devant de la fistule. Le procédé est bon, et il a été adopté par M. Nélaton avec quelques modifications. Cet habile confrère tailla sur un côté de l'urèthre un lambeau cutané quadrilatère. Du côté opposé il fit l'ablation d'une portion de peau de dimensions presque égales. Le lambeau, fixé par quelques points de suture aux bords de la perte de substance, passait au devant de la fistule uréthrale, dont la guérison fut obtenue.

Jobert (de Lamballe) prit, comme A. Cooper, sur le scrotum, le lambeau oblitérateur, et le ramena sur la fistule par un mouvement de demi-torsion.

M. Nélaton ayant eu à traiter une fistule antéscrotale, produite par un lien volontairement appliqué sur la verge, et laissé en place jusqu'à l'ulcération et la section du canal, réussit à la fermer de la manière suivante. La peau située en arrière de la fistule, fut disséquée et séparée des tissus subjacents dans une étendue de plusieurs centimètres. Sa rétractilité la fit cheminer vers le scrotum, et il en résulta une plaie sanglante d'une longueur de 0<sup>m</sup>,012 au delà de la fistule. Ce premier temps achevé, le chirurgien divisa les téguments à 0<sup>m</sup>,03 environ en avant de la fistule, par une incision comprenant la moitié environ de la circonférence de la verge. Ce second lambeau fut détaché latéralement des parties profondes, et constitua une sorte d'anneau incomplet, qu'il fut aisé de repousser en arrière, de manière à recouvrir l'ouverture fistuleuse et à la fermer. Ce procédé mérite d'être rattaché aux autoplasties par glissement, dont M. Ségalas avait déjà obtenu un très-beau succès.

Ce chirurgien a publié un autre cas de guérison remarquable. Un malade était affecté d'une large perte de substance à la face antérieure de l'urèthre depuis la base du gland jusqu'au scrotum. Une cicatrice épaisse recouvrait les points correspondants du corps caverneux, et le périnée était criblé de pertuis fistuleux. M. Ségalas dilata un de ces pertuis et s'en servit pour faire arriver une sonde *a* dans la vessie (*fig. 660*); une seconde sonde *b*, engagée par la même ouverture, vint sortir, *f*, par l'orifice de l'urèthre, en se montrant à nu au niveau de la perte de substance *e*. Le cours de l'urine ainsi détourné et le moule uréthral établi, M. Ségalas détacha en avant la base du prépuce, qui était long et volumineux,

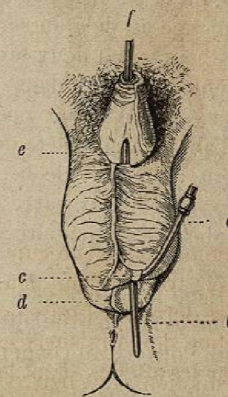


Fig. 660.