

qui est préférable, avec le doigt d'un aide introduit dans le rectum et recourbé en crochet pour renverser la cloison du côté de la vulve. On réunit ensuite par la suture entrecoupée, en armant chaque fil de deux aiguilles courbes que l'on enfonce à travers les deux lèvres de la plaie, et introduisant au préalable deux doigts dans le rectum pour le protéger. Enfin, la suture bien serrée, l'opérateur pratique sur les côtés du vagin deux incisions verticales, en dirigeant le bistouri en dehors et en arrière pour ne pas blesser le rectum. Ces incisions doivent être un peu plus longues que la fistule elle-même, et ont pour effet de détruire la tension de ses bords. On pourrait au besoin en pratiquer de transversales en haut et en bas.

Appréciation. — L'on a opéré les fistules recto-vaginales par trois procédés différents : par le vagin, par le rectum, en divisant le périnée. L'opération par le rectum est beaucoup plus difficile par suite du peu d'extensibilité du sphincter, la muqueuse rectale est plus vasculaire, moins résistante que celle du vagin, c'est donc un procédé à proscrire.

La section du périnée a quelquefois été faite, en particulier par Simon, pour faciliter l'avivement et la réunion de la fistule. Elle n'est acceptable que dans les cas où le périnée a été partiellement déchiré, ou lorsque des tentatives antérieures de réunion ont échoué. C'est donc par le vagin qu'on doit opérer. Il faut pratiquer un avivement assez large aux dépens de la muqueuse vaginale et passer les fils dans l'épaisseur de la cloison, mais sans pénétrer jusqu'au rectum. Il ne faut pas oublier que le vagin présente une grande laxité dans le sens vertical; si donc la forme de la fistule le comporte, il faudra passer les fils dans l'axe du vagin, de manière à ce que la ligne de réunion soit placée transversalement.

XI. — Fistules vésico-vaginales.

Les fistules vésico-vaginales peuvent naître de plusieurs causes, parmi lesquelles nous avons déjà noté la taille vaginale; mais le plus communément elles succèdent à un accouchement laborieux dans lequel la tête du fœtus arrêtée au passage a longtemps pressé la vessie contre le pubis. Elles siègent généralement sur la ligne médiane; quelquefois il y en a deux, l'une au centre, l'autre latérale, ou bien une de chaque côté. La forme est très variable; plus variable encore est l'étendue, depuis un pertuis imper-

ceptible jusqu'à un énorme cloaque où toute la cloison vésico-vaginale semble avoir disparu.

Une grave complication est celle dans laquelle un uretère ou même tous les deux s'ouvrent au bord de la lèvre supérieure. Il serait à désirer que l'on pût reconnaître cet état de choses à l'avance; mais la rétraction de la vessie, quand elle ne remplit plus les fonctions de réservoir, rapproche les uretères du col vésical, et trouble les notions qu'aurait pu fournir leur distance normale. Dans un cas où la fistule, large de 3 centimètres et haute de 2, commençait à 3 centimètres du méat urinaire, Follin a trouvé à l'autopsie l'uretère droit ouvert tout à fait au bord, le gauche un peu au-dessus vers la vessie.

Cette rétraction de la vessie entraîne un autre phénomène fort utile pour le succès de l'opération, savoir l'épaississement de la paroi vésico-vaginale qui va jusqu'à 6 et 8 millimètres, là où elle n'est pas altérée par des cicatrices.

Enfin, une donnée anatomique importante pour le traitement des fistules avec perte de substance, c'est que la vessie est en rapport avec la face antérieure de la matrice, dans une hauteur de plus de 3 centimètres entre le point le plus élevé du vagin et le cul-de-sac du péritoine. En divisant la paroi du vagin à son union avec la face antérieure du col utérin, on tombe d'abord sur un tissu cellulaire assez serré qui unit la vessie et la matrice, et un peu plus haut sur un tissu cellulaire lâche, qui se laisse facilement décoller avec le doigt, et permet de repousser la vessie en avant ou de l'attirer en bas pour combler la perte de substance. C'est ce que Jobert a appelé la *cystoplastie par glissement*.

De nombreux moyens ont été tentés contre les fistules vésico-vaginales. Il n'est plus question de l'*affrontement* simple, opéré par Desault avec un tampon, par d'autres avec des appareils plus ou moins compliqués; la *cautérisation*, employée contre les fistules très-petites, n'a peut-être jamais réussi à en fermer une seule. La *suture*, qui devait avoir de si belles destinées, débuta par une telle série de revers, que Vidal (de Cassis) proposa de recourir à l'*oblitération du vagin*; et Jobert lui-même jugea nécessaire de combler la fistule au moyen d'un lambeau emprunté à la grande lèvre et à la fesse, procédé auquel il donna le nom d'*élytrophlastie*. Puis les revers ayant encore dépassé les succès, il revint à la suture directe, mais en prenant soin, dans les fistules très-larges, de réparer la perte de substance au moyen de la *cystoplastie par glissement*; et, pour les fistules moindres, de prévenir le tiraillement par diverses incisions pratiquées au voisi-

nage de la suture, autre application de la méthode de Celse. De là date véritablement une ère nouvelle pour les fistules vésico-vaginales, ramenées au rang de lésions curables. Enfin ces succès mêmes ont conduit à se demander si ces incisions étaient toujours indispensables; et les chirurgiens américains, après de notables modifications apportées au procédé, en sont venus à employer exclusivement la suture simple. J'aurai donc à décrire : 1^o le *procédé de Jobert*; 2^o la *suture par le procédé américain*; 3^o enfin j'ajouterai quelques mots sur l'*oblitération du vagin*, ressource extrême pour les fistules absolument incurables.

1^o *Procédé de Jobert*.— La malade couchée en travers de son lit, les cuisses fléchies et écartées, le chirurgien introduit la gouttière avec laquelle il déprime la paroi postérieure du vagin; et glissant le doigt indicateur gauche le long de la paroi antérieure, il porte sur le col utérin de longues pinces de Museux. On implante ces pinces dans le col dans une direction opposée au grand diamètre de la fistule, c'est-à-dire sur les côtés si la fistule est longitudinale, d'avant en arrière si elle est transversale; mais dans tous les cas, de manière à laisser entièrement libre l'insertion antérieure et latérale du vagin au col de l'utérus. On retire alors la gouttière; puis par des tractions ménagées, on attire le col aussi bas que possible, de manière à amener la fistule sous les yeux de l'opérateur.

On passe alors à l'avivement de la fistule. On saisit l'une de ses lèvres avec la pince à dents de souris, et l'on avive avec le bistouri aigu ou mousse, ou avec les ciseaux, ou gré de l'opérateur; cet avivement doit porter sur toute l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, emportant les tissus calleux, pour avoir de larges surfaces saignantes et de bonne vitalité.

On étanche le sang avec les éponges, ou bien on fait des injections d'eau froide par l'urèthre et par le vagin pour faire cesser le suintement; et l'on passe à l'application des points de suture. Toutes les fois que la fistule a pu être amenée au bord de la vulve, on enfonce l'aiguille par la face vaginale tout entière; l'aiguille entrée ainsi dans la vessie attaque le côté vésical de l'autre lèvre, et ressort du même coup par le vagin.

On passe ainsi un certain nombre de points de suture, sans trop les multiplier. En général, on peut les espacer à un centimètre d'intervalle. On les serre modérément, de manière à amener les lèvres de la fistule au simple contact; du reste, avant de faire les nœuds, il est bon de rapprocher les bords de la fistule

en attirant les chefs des ligatures au dehors; on essaye alors si une sonde de femme peut passer dans leurs intervalles; on s'assure aussi qu'une injection lancée dans la vessie ne sort plus par

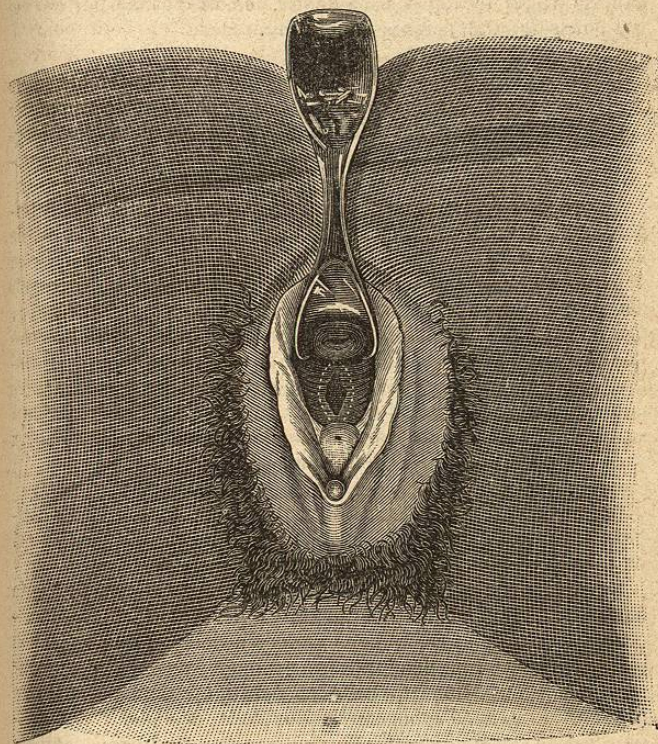


FIG. 760.

Fistule vésico-vaginale. — Application du spéculum américain.

le vagin; à ces signes, on juge que les sutures sont en nombre suffisant, et l'on assujettit les fils par un double nœud; après quoi les fils sont coupés près des nœuds. Une injection faite dans la vessie doit revenir tout entière par la sonde. Après cette épreuve, on retire les pinces de Museux; des injections froides

sont faites dans le vagin pour le débarrasser du sang qui le souille, et l'opération proprement dite est terminée. Il ne reste plus qu'à placer la sonde à demeure dans la vessie, en évitant de heurter la paroi qu'on vient de recoudre; et enfin on enfonce dans le vagin le tampon d'amadou, en vue d'absorber le sang qui pourrait suinter après l'opération.

D'autres chirurgiens avaient essayé de placer la femme sur le ventre, ou plutôt sur les coudes et les genoux, et de remplacer les fils végétaux par des fils métalliques. Ces tentatives, longtemps jugées frivoles, ont été remises en honneur dans le procédé américain.

Ce procédé se distingue d'ailleurs par des innovations plus importantes. Ainsi, les fils des sutures étaient passés dans la vessie même; Hayward a fait une loi de laisser la muqueuse vésicale en dehors de la suture. On se servait généralement de gros fils doubles; Hayward a insisté pour leur substituer des fils très-fins, tels que la soie de dentiste; et Marion Sims a introduit l'emploi de fils d'argent ayant au plus le volume d'un crin de cheval. Enfin Bozeman a rapproché les sutures à moins de cinq millimètres de distance. A ces points essentiels, chaque opérateur a ajouté ses petites modifications personnelles; mais le procédé le mieux combiné paraît être celui de Bozeman.

2^o *Procédé de Bozeman.* — Les instruments sont assez nombreux; je les indiquerai pour chaque temps de l'opération qui en réclamera l'emploi.

La malade est placée sur les coudes et les genoux, le bassin élevé, la tête inclinée et plus basse. La paroi postérieure du vagin est soutenue et refoulée en arrière au moyen d'un spéculum métallique en forme de gouttière profonde, muni d'un manche recourbé et très-long qu'un aide peut tenir à pleine main en prenant un point d'appui sur le dos de la malade. Cette gouttière est de cuivre argenté, de manière à réfléchir fortement la lumière sur la paroi antérieure et sur la fistule; à la faveur de cette lumière, on procède immédiatement à l'avivement.

Bozeman a apporté depuis 1861 quelques modifications à son procédé. Quand la fistule est large, il commence par dilater pendant plusieurs semaines le vagin par l'application des tampons d'un volume progressivement croissant, et il substitue à son spéculum univale (fig. 760) un spéculum trivalve, pouvant être réduit à ses deux valves latérales qui s'écartent largement au moyen d'une vis (fig. 761).

L'avivement s'opère en soulevant les tissus à l'aide de pinces à dents de souris, et là où elles ne mordent pas, avec un petit crochet aigu; pour la dissection et l'excision, on se sert de bistouris fins, à long manche, inclinés sur le bord, et de longs ciseaux courbes sur le plat et sur le tranchant à la fois, et de plus coudés sur les branches pour ne pas masquer les parties.

L'avivement ne doit pas aller jusqu'à la muqueuse vésicale, mais, en revanche, on le pratique largement sur la muqueuse va-

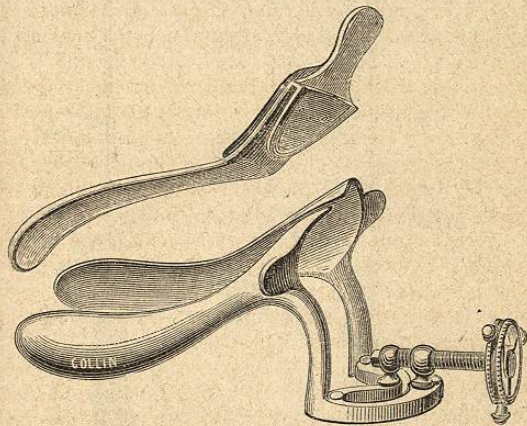


FIG. 761.

Spéculum trivalve de Bozeman.

ginale, dont on enlève au besoin jusqu'à une zone de 10 millimètres et plus sur tout le pourtour de la fistule. On commence par aviver la partie de la cicatrice la plus voisine de la vessie, en procédant lentement, par petits coups, saisissant l'un après l'autre chaque point de la cicatrice, épongeant à mesure, et soulevant de temps à autre les tissus avec une petite spatule courbe pour juger du degré de l'avivement; puis, quand celui-ci est bien complet au fond de la fistule, on passe à l'excision de la muqueuse vaginale. La minutie de cette description répond à la minutie de l'opération; de la parfaite exécution de celle-ci dépend le succès; et l'on y met quelquefois une heure et même davantage.

Pour placer les points de suture, on se sert de l'aiguille courbe

ordinaire; mais les fils métalliques n'y sont pas passés directement. Chaque aiguille est armée d'un fil de soie double, dont

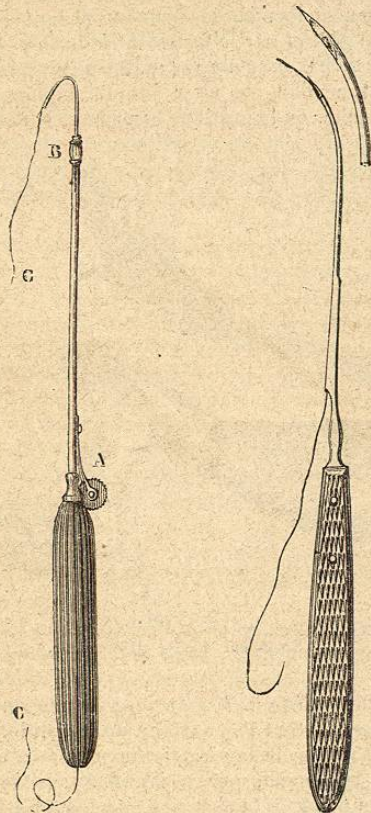


FIG. 762.

Aiguille pousse-fil.

FIG. 763.

Aiguille de Simpson.

l'anse laissée à l'extérieur devra recevoir le fil d'argent et l'entraîner à son tour. L'aiguille étant d'ailleurs montée sur un porte-aiguille à l'ordinaire, l'opérateur la plonge à environ 5 millimètres du bord de la surface avivée, la pousse obliquement de

manière à la faire sortir près de la muqueuse vésicale, sans y toucher, et lui fait traverser l'autre lèvre de la division en sens inverse. Le petit crochet déjà employé pour l'avivement sert encore ici à soutenir la cloison vésico-vaginale dans le point qui doit être traversé par l'aiguille.

On a proposé et employé pour passer directement les fils métalliques l'aiguille de Simpson (fig. 763), utilement modifiée par Mathieu (fig. 762) et pouvant permettre l'emploi d'aiguilles de formes et de courbures les plus variées. Mais ces aiguilles canaliculées ont toutes l'inconvénient d'un volume assez notable, d'une pénétration assez difficile, et l'usage des aiguilles ordi-

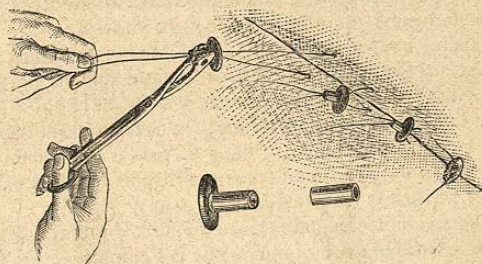


FIG. 764.

Manière d'appliquer et de serrer les tubes de Galli (modifiés par L. Le Fort).

naires courtes et à divers degrés de courbure a prévalu dans la pratique.

On place ainsi un nombre suffisant de fils de soie, à 4 ou 5 millimètres de distance; en prenant soin qu'ils soient tous à égale distance les uns des autres et à égale distance des bords de la plaie, afin que les efforts de traction se répartissent sur tous les points. Ce sont là d'ailleurs les règles générales d'une suture bien faite.

A mesure que chaque fil de soie est passé, on en confie les chefs à un aide; et quand tous sont en place, on s'occupe d'engager dans les anses les fils métalliques, que l'on entraîne l'un après l'autre dans les tissus, en retirant les premiers.

Reste à opérer la striction. D'abord, pour rapprocher les bords de la plaie, Bozeman a un instrument spécial dit *ajusteur de la suture*. C'est une longue tige d'acier, surmontée d'un petit disque aplati percé d'un trou à son centre. Dans ce trou il engage

les deux bouts de chaque fil, et tandis qu'il les tend de la main gauche, il fait glisser le disque jusque sur la plaie, de manière à en procurer l'affrontement exact, et à imprimer aux fils la forme d'un anneau qu'il ne s'agit plus que de serrer. Alors, nouvel instrument. Il a pris soin de préparer, avant l'opération, deux ou trois petites lames de plomb, d'un millimètre d'épaisseur, taillées à peu près de l'étendue et de la forme que devra offrir la plaie affrontée, déprimées au centre pour ne pas presser sur les lèvres de celle-ci; c'est ce qu'il appelle le *bouton*. Au moment où nous sommes arrivés, il y perce avec un foret autant de trous qu'il y a de points de suture, fait passer par chaque trou les deux chefs de chaque anse, et pousse la plaque jusqu'au contact de la paroi vaginale, sur laquelle il l'ajuste avec un petit crochet spécial qu'il appelle *ajusteur du bouton*.

Enfin, faisant couler sur les fils des anneaux de plomb semblables à ceux de Galli, il les pousse jusque sur la plaque, les écrase avec un davier, replie ensuite les fils de chaque côté, les coupe, et l'opération est terminée. On reporte la malade dans son lit, et l'on place à demeure dans la vessie une sonde métallique en S italique, percée de trous nombreux vers son extrémité vésicale, et terminée en gouttière en avant.

Les fils ne doivent être enlevés qu'au bout de neuf à dix jours. A cet effet, la malade est replacée sur les coudes et les genoux, la paroi vaginale postérieure relevée comme lors de l'opération; à l'aide de longs ciseaux courbes, on coupe les fils au delà de l'anneau de plomb. La plaque est alors facilement retirée, et après avoir redressé avec de longues pinces plates les bouts saillants des fils, on les attire doucement au dehors. La malade doit garder le lit et la sonde encore douze jours, après quoi seulement on lui permet de se lever.

Appréciation. — Quoique plusieurs chirurgiens aient paru à une certaine époque mettre en doute les guérisons complètes obtenues par Jobert, ces guérisons étaient assez fréquentes. Cependant ce procédé est tellement inférieur au procédé américain qu'il est aujourd'hui complètement abandonné, et si j'en ai conservé la description, c'est pour montrer la différence entre les deux modes opératoires et non pour engager à le pratiquer.

Au point de vue si sérieux de la mortalité, le procédé de Jobert avec l'avivement portant sur la vessie, avec ses incisions libératrices, était beaucoup plus dangereux que le procédé américain. Sur 147 opérations de 1835 à 1860, Jobert a compté 26 cas

de mort: c'est une mortalité de 16 pour 100, tandis que la mortalité par le procédé actuel ne paraît pas dépasser 3 à 4 pour 100.

Quant aux succès, ils sont incomparablement moins fréquents par le procédé américain. La guérison est la règle; on l'obtient fréquemment après une première opération, et il est peu de fistules, quelque compliquées qu'elles soient, qu'on ne puisse espérer guérir avec plusieurs opérations.

C'est ainsi que j'ai pu guérir après six opérations une malade qui était privée de presque toute la partie antérieure du vagin jusqu'au col utérin, et à laquelle je dus commencer par refaire un canal de l'urèthre. Le procédé de Jobert serait impuissant devant de pareils délabrements.

Ce qui constitue la seule différence entre les deux méthodes,

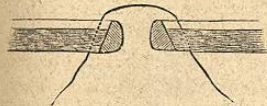


FIG. 765.

PARTIES INTÉRESSÉES DANS L'AVIVEMENT.
Procédé de Jobert.

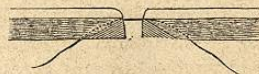


FIG. 766.

Procédé américain.

c'est la manière dont se fait l'avivement. Dans le procédé de Jobert (fig. 766), l'avivement porte à la fois sur la muqueuse vaginale (teintée en gris sur le schéma) et sur la muqueuse vésicale (représentée en blanc sur la coupe) de telle sorte que l'anse du fil répond à la vessie. Or, d'une part, la muqueuse vésicale facilement saignante et très irritable est intéressée; de l'autre, en cas de section des parties embrassées par la suture, cet e suture pénétrant jusque dans la vessie, une petite fistule reproduisant la maladie est le résultat trop fréquent de cet accident. Dans le procédé américain l'avivement porte seulement, et sur une assez grande largeur, sur la muqueuse vaginale, mais la muqueuse vésicale est et doit être absolument respectée; on évite donc et l'hémorragie et l'inflammation de la vessie, consécutive trop souvent à la blessure de la muqueuse: enfin si les fils viennent à couper les parties qu'ils embrassent, on a moins de chance de voir une fistule se reproduire.

La position donnée à la malade dans le procédé américain facilite beaucoup l'opération.

La position sur les coudes et les genoux n'est pas nouvelle; elle

avait été essayée et rejetée parmi nous. Elle met mieux en vue les parties sur lesquelles on doit agir, surtout avec le spéculum réflecteur; la dissection faite de haut en bas est moins fatigante que de bas en haut; la paroi antérieure de la vessie attirée vers l'ombilic par le poids des viscères ne s'engage pas dans l'ouverture de la fistule. Mais d'un autre côté, la position est tellement pénible pour les opérées, que Marion Sims a pris le parti de les coucher sur le côté.

La substitution des fils métalliques aux fils de soie constitue également une amélioration notable, car ces fils beaucoup mieux supportés par les tissus les coupent moins vite que les autres; mais je ne saurais trop appeler l'attention sur un fait passé inaperçu et qui a la plus grande importance. Lorsqu'on place les

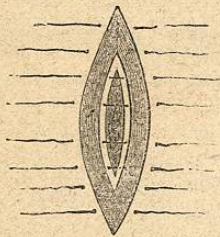


FIG. 767.
Sutures simples.

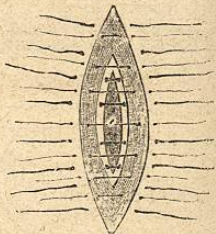


FIG. 768.
Sutures à deux étages.

points de suture à la façon ordinaire (fig. 767), c'est-à-dire dans la profondeur seulement et que l'on serre les fils, le premier effet de la striction est de rapprocher l'un de l'autre les deux bords de chaque lèvre de la plaie, de les rapprocher par le froncement de la surface avivée, de telle sorte qu'au lieu d'opposer l'une à l'autre deux larges surfaces cruentées, on n'oppose plus que des surfaces très réduites. Ce qu'il faut, c'est que les deux surfaces avivées s'affrontent l'une à l'autre dans toute leur étendue, que les deux lèvres de la plaie se mettent en rapport comme les deux pages opposées d'un livre que l'on ferme. Pour obtenir ce résultat, qui est ici comme partout de la plus haute importance, je place deux rangées de suture, l'une profonde (fig. 768) allant jusqu'à la circonférence intérieure de la surface avivée, ou vers le bord profond de la plaie et aboutissant à un point relativement éloigné du bord extérieur de chaque lèvre de la plaie (cette disposition n'a pas été

suffisamment indiquée dans la figure 768). Cette rangée de sutures est destinée à affronter la partie profonde de la plaie; elles ne peuvent être fixées qu'au moyen de tubes Galli placés à chaque extrémité de chaque fil, à moins qu'on ne préfère employer la suture enchevillée; car on ne saurait, sans s'exposer à l'inconvénient qu'on veut précisément éviter, réunir ensemble les deux extrémités d'un même fil. Lorsque toutes les sutures profondes ont été placées et serrées, la plaie prend une forme linéaire, et les parties superficielles de ses deux lèvres restent encore écartées l'une de l'autre; on les réunit par une seconde rangée de points de suture ne comprenant qu'une mince épaisseur de tissus, introduite le long des bords et ne passant que dans la partie superficielle et circonférentielle de la surface avivée. Les dernières sutures sont

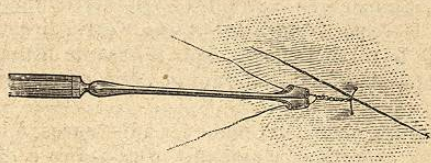


FIG. 769.
Tord-fil de Coghill.

fixées à la manière ordinaire au moyen du tord-fil de Coghill (fig. 769).

Lorsque les fils ont été serrés, faut-il pratiquer un débridement latéral sur la muqueuse vaginale, comme Jobert le faisait dans tous les cas?

Partout où la réunion pourra se faire sans tiraillement, que l'on se borne à la suture, cela est tout à fait rationnel; mais en cas de tiraillement manifeste, que l'on ne cherche pas à s'y opposer, c'est contrevenir à plaisir aux premières lois de la chirurgie. Il y a des indications; et l'indication de supprimer le tiraillement dans l'affrontement des plaies est une de celles qu'il serait le plus imprudent de violer.

Quant à l'application d'une sonde à demeure, on s'accorde assez généralement à la proscrire, et, pour ma part, j'y ai renoncé. Elle est inutile, car elle n'empêche pas l'urine d'humecter la vessie, et ne saurait lui donner issue au fur et à mesure qu'elle s'écoule des uretères; elle est nuisible en ce sens que c'est un corps étranger mis à demeure dans une vessie disposée à s'enflammer. Je