

la lèvre postérieure (fig. 263) et la traverse totalement du vagin vers la vessie. La lèvre postérieure traversée par l'aiguille, le chirurgien saisit avec la pince à griffe la lèvre antérieure et l'amène au-devant de la pointe de l'aiguille courbe, et avec une simple pression, on la traverse complètement de la vessie vers le vagin (fig. 264). Lorsque les deux lèvres sont ainsi fixées sur l'aiguille, on retire avec une pince ordinaire cette

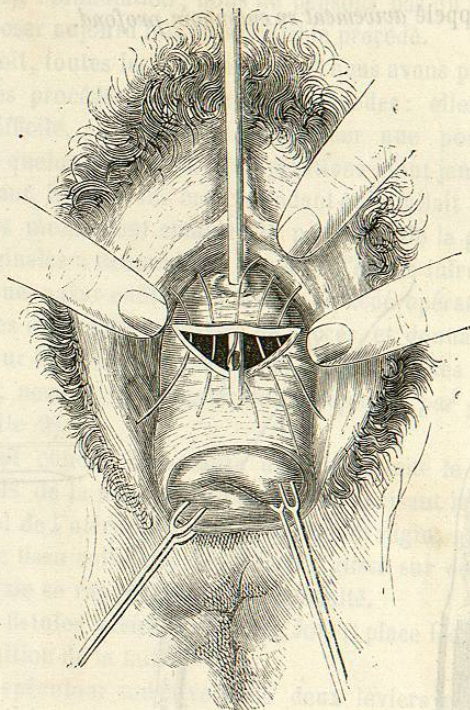


Fig. 260. — Opération de JOBERT pour la fistule vésico-vaginale.

aiguille, et le fil ciré se trouve passé en formant une anse à concavité du col de la vessie.

Lorsque la fistule est située un peu haut, et qu'il est difficile de fixer de cette manière le point de suture, Jobert emploie un autre procédé : il introduit la sonde par le canal de l'urèthre, et vient l'appuyer sur la lèvre difficile à traverser. En pressant sur cette sonde, on fait sortir une aiguille armée d'un fil ; de cette manière, on traverse très-facilement les lèvres de la fistule.

Jobert n'est pas partisan des nombreuses sutures, puisque pour une fistule de plusieurs centimètres il ne veut plus que cinq fils. Lorsque tous les points de suture sont passés, on les noue, mais en les serrant modérément, de manière à amener en contact les deux lèvres de la fistule. Jobert pense qu'avec peu de fils et avec une constriction modérée, on

évitera une trop vive inflammation, et surtout des déchirures par tiraillement.

Lorsque l'opération est terminée, il faut introduire une sonde dont

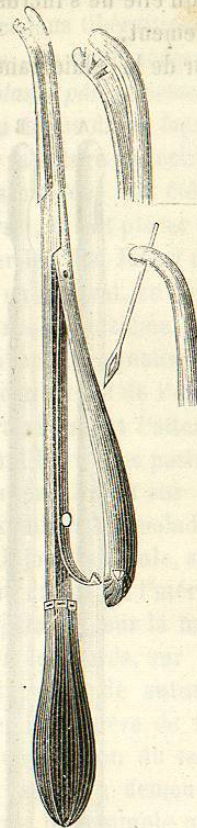


Fig. 261. — Porte-aiguille pour la suture des fistules vésico- et recto-vaginales.



Fig. 262. — Porte-aiguille.

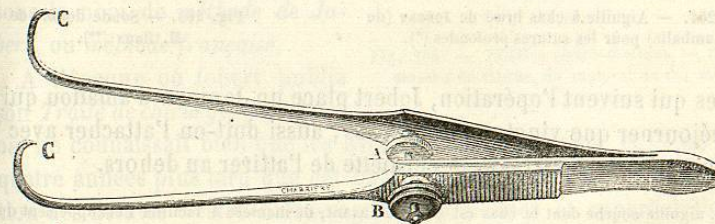


Fig. 263. — Pince à double crochet de JOBERT (de Lamballe) pour attirer le col de l'utérus dans l'opération de la fistule vésico-vaginale(*).

l'importance est énorme, et qu'il faut surveiller avec le plus grand soin. Jobert emploie toujours des sondes ordinaires, que l'on fixe avec des pe-

(*) A, écrou interne servant à limiter le rapprochement des crochets C,C ; B, écrou externe servant à immobiliser les deux crochets.

tits fils de coton, mais en laissant un peu de mobilité pour qu'elle ne presse pas contre la paroi postérieure de la vessie ni contre la suture (fig. 265).

Il faut changer souvent la sonde, pour qu'elle ne s'incruste pas de sels et pour que l'urine s'écoule toujours facilement.

Pour absorber le sang qui peut suinter de la plaie dans les quelques

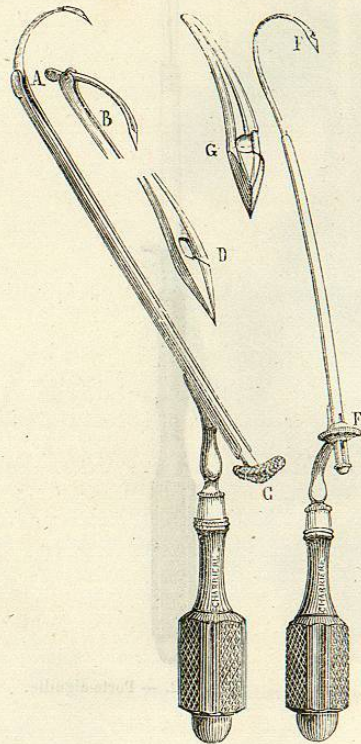


Fig. 264. — Aiguille à chas brisé de JOBERT (de Lamballe) pour les sutures profondes (*).

heures qui suivent l'opération, Jobert place un tampon d'amadou qui ne doit séjourner que vingt-quatre heures; aussi doit-on l'attacher avec un fil pour qu'une douce traction permette de l'attirer au dehors.

(*) A, aiguille courbe dont le chas est fendu en avant, de manière à faciliter l'échappement du fil, en avant, quand l'aiguille a traversé les tissus. Une tige glissant à coulisse et poussée par un demi-anneau C, fait basculer cette aiguille, comme on le voit en B; D, l'aiguille grossie; F, le chas d'une autre aiguille pour le même usage, fermé par la tige E, dont l'extrémité est assez fine pour aller fermer, d'une manière très-solide, le chas dans lequel s'engage le fil, et que l'on détache de la manière la plus simple en reculant en sens inverse l'aiguille grossie.

(**) Composée, comme les canules à trachéotomie, de deux tubes minces A, et réunis ensemble par un système à baïonnette E. — B et C représentent les deux tubes isolés dont les deux yeux ne sont pas à égale distance, de manière à pouvoir faire évacuer l'urine en les mettant en face de D, et à fermer la sonde entièrement à volonté. La canule interne se retire pour la nettoyer, sans déplacer l'interne.

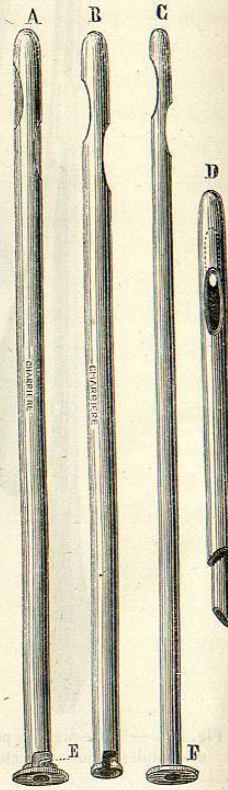


Fig. 265. — Sonde double de M. BAUX (**).

Lorsque la suture vient d'être faite, Jobert explore le vagin avec son doigt, et cherche ainsi à se rendre compte s'il n'existe pas une trop grande tension; dans ces cas, il pratique, pour y remédier, des incisions parallèles aux lèvres de la plaie, et qui intéressent la muqueuse du vagin.

Mais ces incisions libératrices, pas plus que l'incision du vagin sur le col de l'utérus, ne sont nécessaires, et, quoique cette méthode ait été appelée *autoplastie par glissement*, à cause de l'incision du vagin, Jobert y a renoncé, au moins d'une façon générale, et n'y a recours que lorsqu'il craint de voir la suture se déchirer.

Lorsque les malades ont été reportées dans leur lit, Jobert exige le décubitus dorsal, et fait placer sous leurs jarrets des coussins.

Pour retirer les fils, Jobert n'a pas d'époque fixe, il se guide sur l'état de la plaie; en général, ce n'est jamais avant le cinquième jour, rarement c'est après le douzième.

Lorsque Jobert fit connaître son procédé, ce ne fut pas l'incision du vagin au niveau du col de l'utérus qui attira vivement l'attention; ce furent les règles positives données par Jobert sur la manière d'examiner les malades et de mettre à jour la fistule, sur l'abaissement du col de l'utérus facilitant l'opération, sur la manière d'aviver les bords, sur le passage des points de suture, leur nombre, la manière de les serrer sur l'application du tampon, sur la sonde à demeure, qui firent que d'un simple procédé on créa une méthode désignée à juste titre aujourd'hui sous le nom de *méthode de Jobert*, ou *méthode française*.

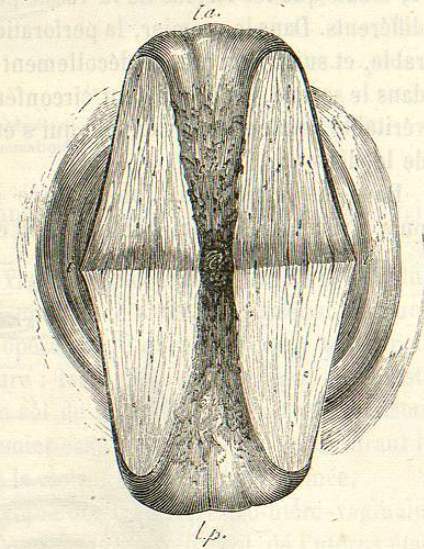


Fig. 266. — Fistules vésico-utérines. — Division du museau de tanche, du vagin et du col utérin (*).

A l'époque où Jobert publia son *Traité de chirurgie plastique*, on ne connaissait bien que les fistules vésico-vaginales, et ce ne fut que quatre années plus tard que cet habile chirurgien donna (1) une description des fistules vésico-utéro-vaginales profondes et superficielles, pour lesquelles il n'était pas possible d'employer l'autoplastie par glissement.

Pour les fistules vésico-utérines dans lesquelles le col n'est nullement altéré extérieurement, Jobert incise le col de l'utérus dans le sens des

(1) Jobert, *Traité des fistules vésico-utérines*. Paris, 1852.

(*) l, a, lèvre antérieure, l, p, lèvre postérieure; (JOBERT de Lamballe.)

commissures (fig. 266) ; les incisions sont prolongées sur le vagin jusqu'à ce que l'on puisse, en relevant la lèvre antérieure, apercevoir dans l'intérieur du col l'orifice de la fistule. Aussitôt que cet orifice est bien reconnu, on relève la lèvre antérieure du museau de tanche, et l'on pratique l'avivement des bords de la fistule en taillant dans le tissu utérin. Lorsque l'avivement est bien complet, on passe des points de suture dans le sens où le rapprochement est le plus facile. Il suffit ensuite d'abandonner la lèvre antérieure pour que son propre poids la remette en contact avec la lèvre postérieure sans qu'il soit nécessaire de passer des points de suture.

Lorsque le col de l'utérus est détruit en grande partie, Jobert emploie un procédé tout différent.

Avant de l'exposer, nous rappellerons que dans les fistules vésico-utéro-vaginales superficielles, le col de l'utérus n'est jamais intéressé que très-superficiellement vers le col de la vessie, et présente alors la forme d'un T, tandis que les lésions de la vessie peuvent se présenter à deux degrés différents. Dans le premier, la perforation peut-être n'est pas très-considérable, et suit à peu près le décollement du vagin autour du col de l'utérus ; dans le second, le décollement circonférentiel du vagin se complique d'une véritable fistule vésico-vaginale qui s'étend dans la plus grande longueur de la cloison.

Dans le premier cas, Jobert avive la lèvre antérieure de la fistule, puis, avec un bistouri boutonné, il enlève toute la face antérieure du

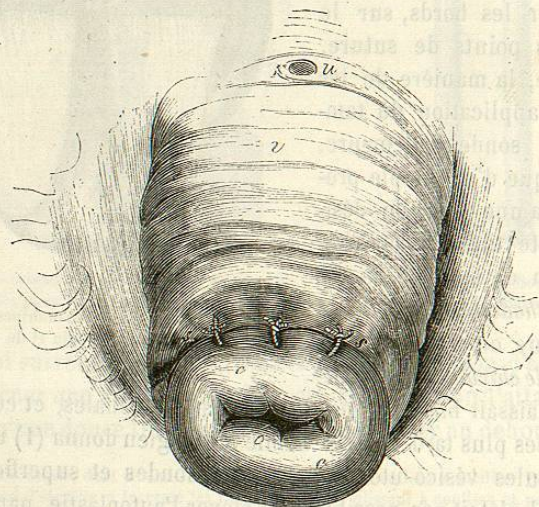


Fig. 267. — Fistule vésico-utéro-vaginale (*).

col de l'utérus ; lorsque l'avivement est fini, il place, ainsi que le montre la figure 267, des points de suture entre la lèvre antérieure de la fistule

(*) u, urètre ; v, cloison vésico-vaginale ; c c c, museau de tanche ; s s, union de la cloison avec le col de l'utérus par la suture. (JOBERT, de Lamballe.)

et le col de l'utérus. Par ce procédé, la fistule se trouve fermée par le tissu utérin.

La figure 227 donne une idée nette de la disposition des parties dans

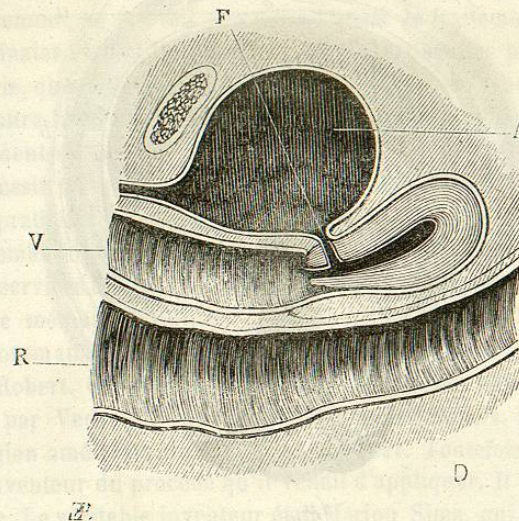


Fig. 268. — Fistule vésico-utérine sans complication de fistule vésico-vaginale. — Figure schématique (*).

les cas de fistule vésico-utérine sans complication de fistule vésico-vaginale.

Lorsque la fistule vésico-utéro-vaginale se complique de fente longitudinale, Jobert croit qu'il n'est pas possible d'obtenir la guérison en une seule séance ; dans une première opération, il cherche donc à obtenir la réunion de la fente utéro-postérieure : lorsqu'il y est parvenu, il n'existe plus qu'un espace rétréci entre le col de l'utérus et la nouvelle cloison, que l'on traite comme dans le premier cas, en avivant et en suturant le col de l'utérus avec l'extrémité de la cloison nouvellement formée.

En étudiant l'anatomie pathologique des fistules vésico-utéro-vaginales profondes, nous avons vu que la lèvre antérieure du col de l'utérus était toujours détruite, et que le vagin était non-seulement détaché du col, mais que souvent il n'existait plus de cul-de-sac vaginal antérieur, ainsi que le montre la figure 269.

Il est facile de comprendre que dans un cas analogue il est impossible de rapprocher la lèvre a de la lèvre b, parce que la paroi antérieure du vagin c s'y oppose ; mais on peut chercher à fermer la fistule avec le reste du col de l'utérus. Pour cela, Jobert commence par aviver le bord a de la fistule, puis ensuite la lèvre postérieure l p du col de l'utérus, en excisant même les tubercules qui ont pu persister après la chute des eschares. Lorsque l'avivement est complet, on passe, dans la cloison vésico-vaginale

(*) A, vessie ; F, fistule ; R, rectum ; V, vagin. (LANE.)

ac, et dans le sommet du col de l'utérus, des anses de fil de soie que l'on

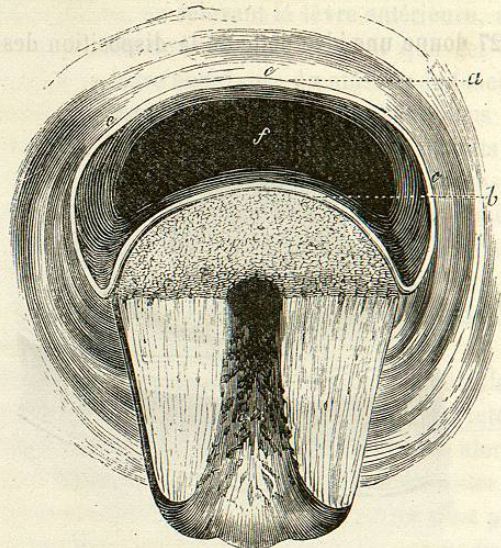


Fig. 269. — Fistules vésico-utéro-vaginales. — État des parties : on a supprimé sur le col utérin et sur la vessie à l'état normal une portion de cet organe (*).

noûe, et de cette manière le col de l'utérus vient fermer la fistule de la même façon que le lambeau plantaire vient recouvrir la surface saignante des amputations partielles du pied.

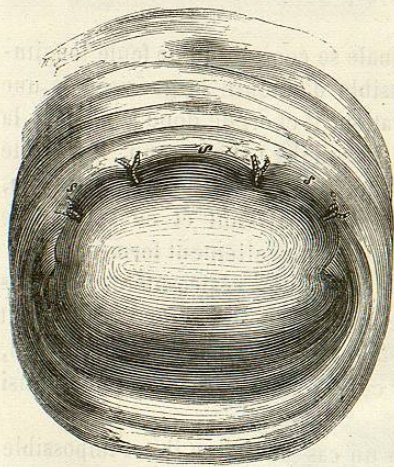


Fig. 270. — Fistule vésico-utéro-vaginale. — Fusion du col, qui fait désormais partie du vagin et de la vessie (**).

Cette opération, excessivement remarquable, a été vivement attaquée, quelquefois à tort, mais souvent aussi avec raison. L'inconvénient de rendre les femmes stériles est assurément peu sérieux, et il n'y a pas à hésiter entre les chances très-problématiques d'une grossesse et l'affreuse infirmité des fistules vésico-utérines (fig. 270).

Mais un reproche plus fondé qu'on peut adresser au procédé, ce sont les difficultés qu'il présente

comme exécution. Jobert (de Lamballe) avait publié, il est vrai, des obser-

(*) eee, pourtour de la cloison vésico-vaginale ; f, ouverture vésicale faite avec le bistouri ; lp, lèvres postérieures du museau de tanché qui doit contribuer à fermer l'ouverture anormale. (JOBERT, de Lamballe.)

(**) sss, union des restes de la cloison sur la lèvre postérieure du col de l'utérus. (JOBERT, de Lamballe.)

ventions d'un assez grand nombre de malades guéries par lui ; mais les cas de succès obtenus par d'autres chirurgiens étaient tellement rares, qu'ils ont même pu être contestés. Un procédé qui n'était bon qu'entre les mains d'un seul homme, ne pouvait pas vivre : aussi le traitement des fistules vésico-vaginales était-il retombé parmi les questions les plus difficiles de la chirurgie, quand, à la fin de 1858, les chirurgiens américains vinrent faire connaître leurs procédés, et annoncèrent, les preuves en mains, que non-seulement on pouvait guérir toutes les fistules, mais que l'opération pouvait réussir du premier coup, et que, en somme, elle n'était pas plus difficile à pratiquer que toute autre opération.

W. Bozeman fut le premier qui parut en France. Les médecins qui suivaient les services de l'Hôtel-Dieu, en octobre 1858, peuvent se rappeler une séance mémorable qui ne dura pas moins de trois heures, et dans laquelle Bozeman opéra une malade du service de notre excellent maître, Alphonse Robert. Cette malade avait été déjà opérée deux fois, une première fois par Verneuil, une deuxième fois par Robert. Entre les mains du chirurgien américain, le succès fut complet. Toutefois, Bozeman n'était pas inventeur du procédé qu'il venait d'appliquer. Il n'avait fait que le modifier. Le véritable inventeur était Marion Sims, qui vint à son tour en Europe ; et, comme les modifications de Bozeman n'ont pas été toutes conservées dans la pratique, c'est le procédé de Sims que nous nous contenterons d'exposer.

Le lit sur lequel on couche la malade est une petite table peu large, et assez basse pour que le chirurgien puisse être assis et ne soit pas obligé de lever les bras. Cette table est simplement recouverte par une couverture pliée en quatre et par un drap.

On place la malade dans le décubitus latéral gauche, le bras gauche couché en arrière appuyé sur le dos, les cuisses sont pliées à angle droit sur le bassin. Dans cette position, il est presque impossible à la malade de se relever, parce qu'elle ne peut pas prendre de point d'appui sur son bras gauche.

La malade est rapprochée du bord de la table : un premier aide soulève la fesse droite, un second déprime la gauche, puis le chirurgien présente à l'entrée de la vulve le spéculum de Marion Sims (fig. 271 et 272).

Ce spéculum est une gouttière métallique un peu plus grosse à son extrémité, terminée en cul-de-sac, qu'au voisinage du manche. Cette gouttière est un peu courbée sur sa face dorsale pour qu'elle puisse bien prendre la conformation du sacrum, sur lequel elle s'appuie. Le manche est un peu courbé et se termine par une autre gouttière d'une dimension différente. Ce spéculum est excessivement brillant, aussi renvoie-t-il le jour comme un véritable miroir.

En supposant la malade couchée sur le dos dans la position dite de la *taille*, qui est la position classique en France, on place le spéculum

(fig. 271) de la manière suivante : soit la partie convexe sur la paroi vésico-vaginale pour éclairer la cloison recto-vaginale, soit, au contraire, la partie convexe reposant sur la paroi rectale pour éclairer le côté vésical. Dans le premier cas, un aide placé à gauche de la malade tient à pleine main le manche du spéculum, et relève l'extrémité de la gouttière; dans le second, l'aide est à genoux à droite de la malade, et presse en sens inverse sur l'extrémité de cette même gouttière.

Lorsque le vagin est très-large, la lumière diffuse suffit pour l'éclairer; mais,



Fig. 271. — Spéculum en fer à cheval de MARION SIMS.

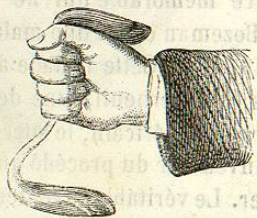


Fig. 272. — Manière de tenir le spéculum de MARION SIMS.

s'il y a quelque rétrécissement, Sims conseille de placer un miroir capable d'envoyer un rayon de soleil.

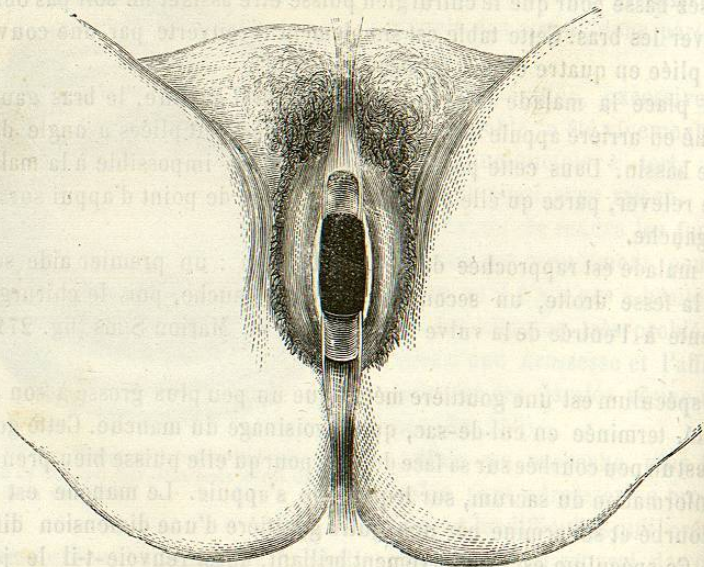


Fig. 273. — Placement du spéculum.

Si la fistule est très-profonde, Marion Sims emploie quelquefois une petite spatule analogue à l'écarteur de Jobert.

Pour remplacer avantageusement et le spéculum américain et les écarteurs de Jobert, nous signalerons le spéculum fabriqué par M. Mathieu sur les indications de Denonvilliers (fig. 274, 275); c'est la gouttière mé-



Fig. 274, 275. — Spéculum de DENONVILLIERS (*).

tallique de Sims, à laquelle est accolée de chaque côté une branche métallique. Ces branches se continuent le long du manche pouvant, au moyen d'une vis, s'abaisser et s'écarter de chaque côté de la gouttière. En sorte que le spéculum présente tout à la fois les avantages d'une lame étroite

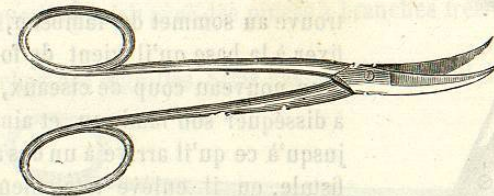


Fig. 276. — Ciseaux longs, recourbés sur leur plat, à pointes très-tranchantes et très-effilées, de MARION SIMS.

pour l'introduction, d'un spéculum beaucoup plus large quand il s'agit d'examiner. Il met en outre à même de se passer des écarteurs.

L'avivement des bords de la fistule se fait principalement avec les ci-

(* A, gouttière, ou spéculum; B et C, doubles leviers qui servent à écarter les parties vaginales; B' et C', manches des leviers; D, D, vis de compression qui fixent les deux leviers au point d'écartement voulu; E, crochet ou manche de l'instrument.

seaux courbes (fig. 276); il faut cependant avoir un bistouri droit (fig. 277), et deux bistouris coudés, l'un à droite, l'autre à gauche, ou un seul bistouri à lame mobile (fig. 278).



Fig. 277. — Bistouri en fer de lance droit porté sur une longue tige. (MARION SIMS.)

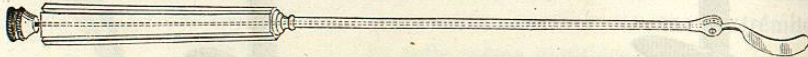


Fig. 278. — Bistouri en fer de lance mousse, convexe sur le tranchant et articulé. (MARION SIMS.)

Lorsque la fistule est bien visible, que ses angles sont bien nets, voici la manière dont Sims pratique l'avivement : il fait sur un des points de la fistule une petite incision verticale qui intéresse jusqu'à la couche musculo-vasculaire; avec une érigne en forme de crochet (fig. 279, 280), il



Fig. 279. — Érigne-crochet mousse, de MARION SIMS, pour faire l'incision et faciliter le passage de l'aiguille à travers les lèvres de la plaie.



Fig. 280. — Érigne-crochet en pointe, de MARION SIMS.

saisit une lèvre de cette petite incision, passe sous cette érigne les ciseaux courbes dont la convexité repose sur la base du pli, et d'un coup de ciseaux il taille un lambeau à base adhérente (fig. 281); il détache alors le petit crochet qui se trouve au sommet du lambeau, et vient le fixer à la base qu'il vient de former; puis, d'un nouveau coup de ciseaux, il continue à disséquer son lambeau, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il arrive à un des angles de la fistule, ou il enlève totalement son lambeau, qui représente exactement le contour d'une des lèvres de la fistule : en opérant de la même manière sur l'autre lèvre, l'avivement se trouve complet.

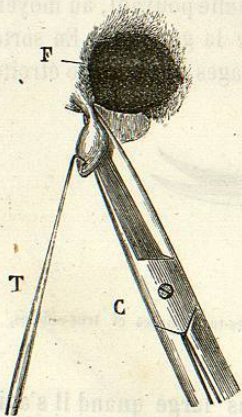


Fig. 281. — Avivement de la fistule (*).

En opérant de cette manière, Sims pratique l'avivement de la fistule en quelques minutes; mais la rapidité du

(*) T, tenaculum soulevant la partie que l'on veut exciser par l'avivement; C, ciseaux coupant pour aviver; F, surface avivée.

procédé de Sims tient beaucoup plus à la main excessivement habile de l'opérateur qu'au procédé.

Dans l'avivement des fistules, Marion Sims ne touche jamais à la muqueuse de la vessie; il n'enlève qu'un lambeau de vagin, et donne de cette manière un aspect d'entonnoir à la fistule, mais d'un entonnoir très-évasé, car Marion Sims recommande de ne pas craindre d'enlever un large lambeau, surtout aux angles de la fistule, où le tissu inodulaire se trouve toujours en grande quantité.

Dès qu'un coup de ciseaux a été donné dans le tissu du vagin, le chirurgien se trouve toujours un peu gêné; aussi faut-il pouvoir éponger facilement les bords de la plaie, Marion Sims préfère, aux éponges adaptées sur des bouts en bois, des morceaux d'éponges adaptées dans de longues pinces fermées par un coulant qui rapproche les deux nœuds (fig. 282).



Fig. 282. — Porte-éponges à coulant de MARION SIMS.

Lorsque l'avivement est achevé, le premier temps de l'opération est fait, et l'on passe au deuxième temps, le passage des fils, qui diffère beaucoup de ce que nous avons vu faire dans le procédé français.

Sims a changé la nature des fils : au lieu de fils de soie, il emploie des fils d'argent depuis 1845, et, au lieu de traverser complètement la cloison vésico-vaginale, et de faire sortir les fils dans la vessie, il ne leur fait traverser que la moitié de l'épaisseur de cette cloison, et les fait ressortir au milieu de la surface saignante.

Pour passer les fils, Sims se sert de petites aiguilles très-courtes



Fig. 283. — Aiguille à suture de M. MARION SIMS.

(fig. 283) que l'on saisit avec des pinces à branches très-longues et à mors très-courts.

Dans le chas des aiguilles, Sims passe un double fil de soie excessive-

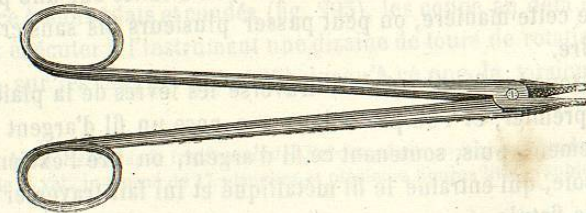


Fig. 284. — Pince porte-aiguille à mors allongés et articulés très-près de leur extrémité, modèle DENIS. (MARION SIMS.)

ment mince, dont l'anse se trouve du côté opposé à la pointe de l'aiguille,