

et dirige cette aiguille avec une forte pince à anneaux dont les mors sont excessivement petits (fig. 284, 285). On soulève avec l'érigne-crochet une



Fig. 285. — Pince porte-aiguille à mors allongés et articulés très-près de leur extrémité, modèle MATHIEU. — Crochet des manches pour fixer les pinces.

des lèvres de la plaie, et l'aiguille est enfoncée perpendiculairement à 1 centimètre du bord de la fistule; après un court trajet dans les tissus, on fait basculer l'aiguille sur une petite fourche à branches mousses (286) pour la faire sortir au niveau du liséré marquant la limite de la



Fig. 286. — Petite fourche à branches mousses de MARION SIMS pour faciliter le passage de l'aiguille à travers les lèvres de la plaie.

muqueuse vésicale. Pour dégager l'aiguille, on saisit la pointe avec une pince (fig. 287), et on l'extrait; puis on répète, avec la même aiguille,



Fig. 287. — Pince de MARION SIMS pour dégager l'aiguille.

dans la lèvre opposée, mais en sens inverse, la même manœuvre (fig. 288, 289).

Lorsqu'un fil est passé complètement, on enlève l'aiguille et on fixe les deux bouts réunis dans des entailles que l'on a faites sur une petite tige de bois; de cette manière, on peut passer plusieurs fils sans craindre de les confondre.

Lorsque tous les fils de soie ont traversé les lèvres de la plaie, on reprend le premier, et l'on passe dans son anse un fil d'argent que l'on tord légèrement, puis, soutenant ce fil d'argent, on tire l'extrémité libre du fil de soie, qui entraîne le fil métallique et lui fait traverser les deux lèvres de la fistule.

[[On peut encore introduire les fils à l'aide de l'aiguille tubulée de Startin (fig. 290 et 291). Cet instrument, qui est très-commode, abrège considérablement le temps que l'on emploie ordinairement pour le passage

des fils. Seulement il est nécessaire d'avoir des aiguilles de courbures différentes et aussi quelques-unes formant un angle droit avec le manche à la façon de l'aiguille à ligature de Deschamps pour le cas où il est nécessaire de faire une suture transversale.]]

Lorsque tous les fils sont passés, la fistule présente l'aspect que nous montre la figure 292, empruntée à Monteros (1).

Pour fixer les sutures, ce qui constitue

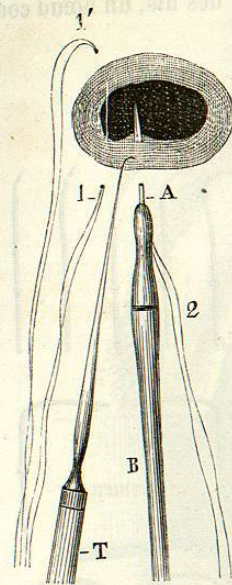


Fig. 288. — Suture, 1er temps (*).

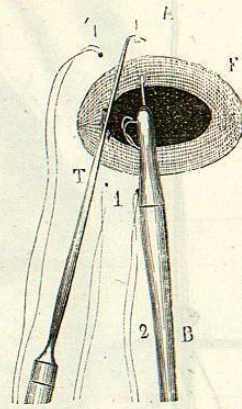


Fig. 289. — Suture, 2e temps (**).

le troisième temps, Sims tord les fils d'argent de la manière suivante :

Il saisit avec la main droite le fil d'argent et le passe dans la cannelure du fulcrum (fig. 293) qu'il tient de la main gauche. Ce fulcrum, qui n'est autre chose qu'une petite sonde cannelée montée sur une tige un peu forte, est amené jusqu'au contact de la plaie, puis Sims opère une légère traction sur les fils d'argent, qui, par une traction réfléchie sur la cannelure de ce fulcrum, rapprochent exactement les lèvres de la fistule (fig. 294). Lorsque ce rapprochement est obtenu d'une façon bien exacte, Sims saisit les deux fils, rassemblés dans la cannelure du fulcrum, avec une pince à mors plats et coudés (fig. 295), les coupe au delà de la pince, puis fait exécuter à l'instrument une dizaine de tours de rotation, en tirant toujours sur les fils (fig. 296, 297), jusqu'à ce que la torsion arrive au

(1) Monteros, *Essai sur le traitement des fistules génito-urinaires chez la femme*, thèse inaugurale, 1 vol. in-8 orné de 17 planches et plusieurs figures lithographiées.

(*) A, aiguille traversant la membrane muqueuse et venant sortir au-dessous d'elle, pour entrer dans le point opposé; B, pince porte-aiguille; I, tenaculum soutenant le bord de la fistule pour faciliter le passage de l'aiguille.

(**) Aiguille qui a traversé la membrane muqueuse et venant sortir au-dessus d'elle; B, pince porte-aiguille; T, tenaculum.

niveau du support; la suture est alors achevée, pour un fil, il ne reste plus qu'à opérer de même pour chacun des autres, ce qui donne assez bien à la fistule l'aspect représenté dans la figure 298.

Dans quelques cas, Sims emploie un autre mode de suture : au lieu de tordre les fils, il fait, avec l'extrémité libre d'un des fils, un nœud coulant

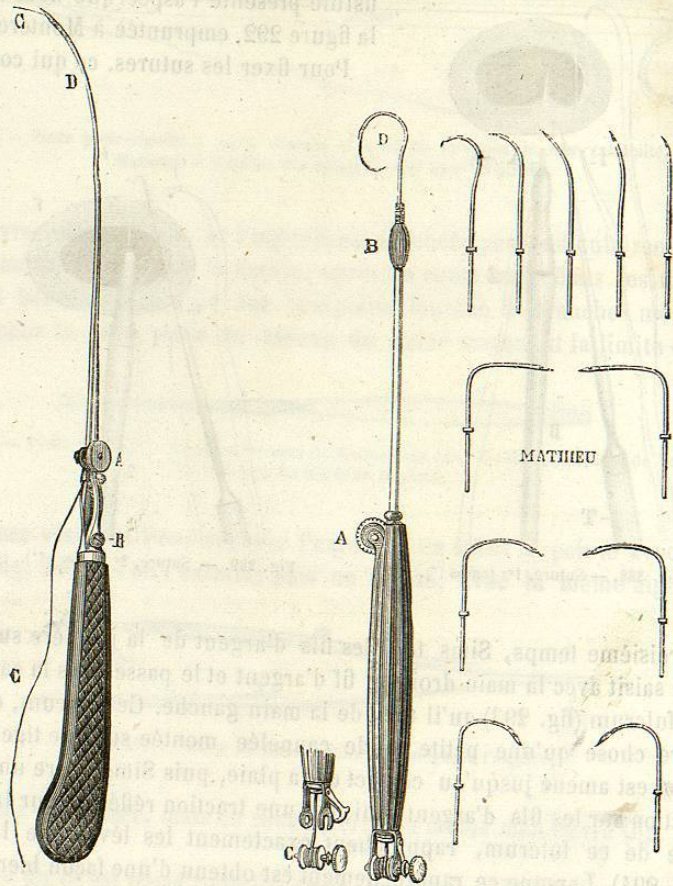


Fig. 290. — Aiguille tubulée ordinaire (*).

Fig. 291. — Aiguille tubulée coudée (‡).

dans lequel il passe l'autre extrémité, puis, après avoir rapproché les bords de la fistule, il rétrécit le nœud, et, pour le fixer, il renverse le fil libre du côté opposé.

Quant au nombre des points de suture, Sims s'éloigne entièrement de Jobert, et conseille de placer les sutures à 5 ou 6 millimètres les unes des autres; et l'on comprend la quantité de points de suture qu'exige une

(*) Un mécanisme inventé par M. MATHIEU est adapté au manche de l'instrument pour faire cheminer le fil dans la cavité de l'aiguille.

(**) Aiguille tubulée pour les sutures transversales.

fistule de dimension un peu considérable. Sims recommande particulièrement d'appliquer des points de suture dans les angles de la plaie; aussi

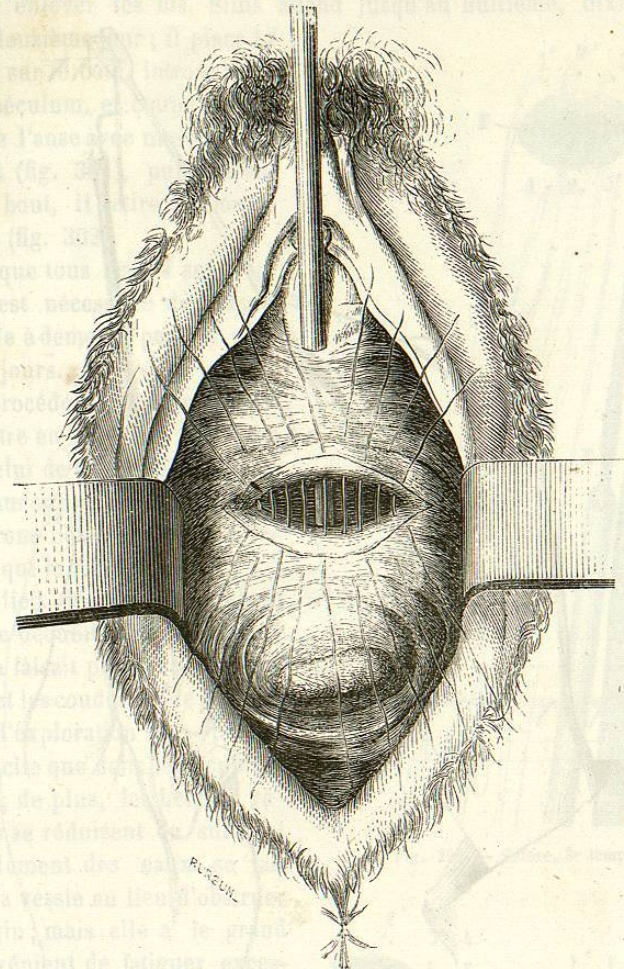


Fig. 292. — Opération de la fistule vésico-vaginale proprement dite. (MONTEGROS.)

évite-t-on de cette manière les encoches qui pourraient laisser suinter l'urine.

Lorsque l'opération est terminée, la malade est reportée à son lit et



Fig. 293. — Fulcrum, ou petite fourche légèrement convexe pour faire glisser les fils, les réfléchir et les fixer.

placée dans le décubitus dorsal, les genoux un peu élevés et supportés par des coussins, puis on applique une sonde à demeure. La sonde employée

par Sims n'est pas une sonde de caoutchouc ordinaire, mais une sonde d'étain ou d'aluminium (fig. 299) ayant la forme d'une s allongée qui a

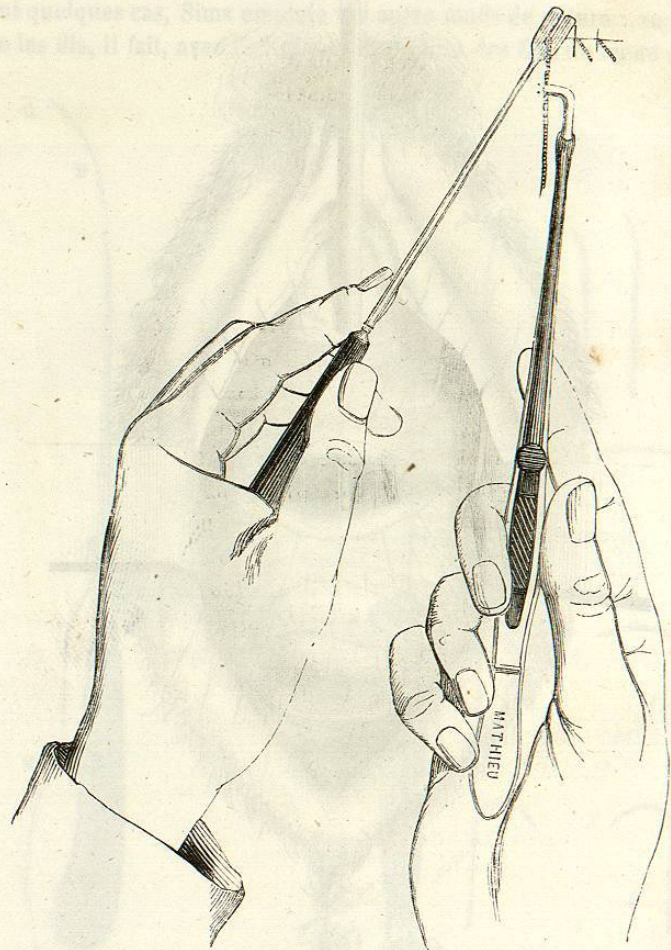


Fig. 294. — Torsion du fil métallique.

l'avantage de se maintenir en place sans liens, et de ne pas arc-bouter



Fig. 295. — Pince à mors plats minces et coudés pour tordre les fils.

contre le fond de la vessie, puisque son bec est relevé. Il faut avoir soin d'enlever la sonde deux fois par jour pour la nettoyer.

Quant aux soins consécutifs, il faut mettre la malade à l'usage des

viandes rôties, et, au besoin, prévenir les garde-robes par l'emploi de préparations de morphine.

Pour enlever les fils, Sims attend jusqu'au huitième, dixième, ou même douzième jour; il place la malade sur le côté, introduit un petit spéculum, et coupe un des côtés de l'anse avec une paire de ciseaux (fig. 301), puis, tirant sur le bout, il retire la boucle entière (fig. 302).

Lorsque tous les fils sont retirés, il est nécessaire de laisser la sonde à demeure pendant cinq ou six jours.

Le procédé que Bozeman a fait connaître en 1858 est le même que celui de Sims; seulement il est beaucoup moins parfait; aussi ne ferons-nous qu'exposer les points qui le font varier.

Au lieu de poser la malade dans le décubitus latéral, Bozeman la faisait placer sur les genoux et les coudes. Cette position rend l'exploration des parties plus facile que dans le décubitus dorsal; de plus, les hernies vésicales se réduisent de suite, et l'écoulement des eaux se fait dans la vessie au lieu d'obstruer le vagin; mais elle a le grand inconvénient de fatiguer excessivement les malades et de les priver des bienfaits de l'anesthésie.

Le spéculum de Bozeman n'était pas aussi parfait que celui de Sims, parce qu'il ne présentait pas de courbure et que la tige était à angle droit avec la gouttière; Sims, dans une leçon faite à la Charité, a montré très-nettement les inconvénients de l'instrument construit de cette manière.

(*) D, bec de cane servant à la torsion de fils métalliques; E, fourche fixant les fils métalliques au point où leur torsion doit s'arrêter; G, G, fil métallique entraîné par une anse d'un fil de soie.
(**) G, bouts d'un fil métallique tordu et coupé.

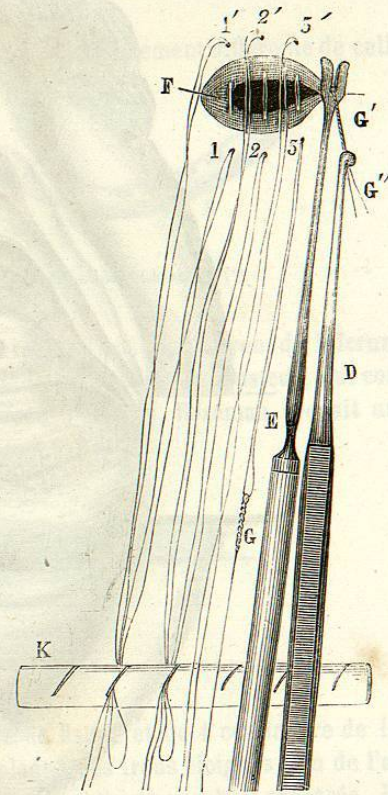


Fig. 296. — Suture, 3^e temps (*).

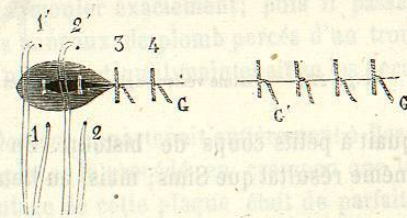


Fig. 297. — Suture (**).

Pour pratiquer l'avivement, qui ne portait que sur la muqueuse vaginale, Bozeman saisissait les tissus avec une pince à griffes et les dissé-

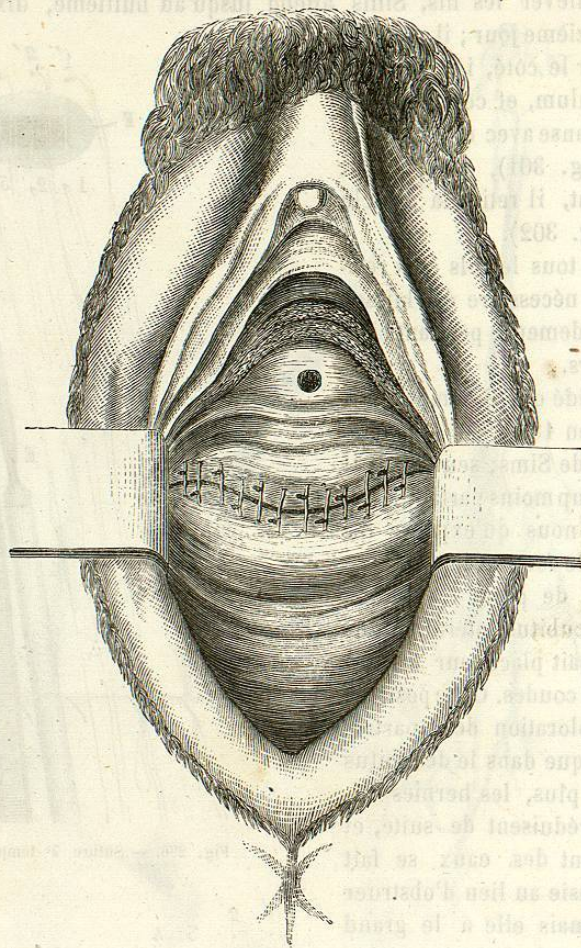


Fig. 298. — Fistule vésico-vaginale. — Aspect après l'opération : les fils sont coupés ras.

quait à petits coups de bistouri. En agissant ainsi, Bozeman arrivait au même résultat que Sims; mais, au lieu d'une demi-heure que dure l'opé-



Fig. 299. — Sonde d'étain de MARION SIMS (modèle DEXIS, de Bruxelles).

ration entière, pratiquée par cet habile chirurgien, Bozeman mettait plus d'une heure pour pratiquer l'avivement seul des bords de la fistule; tout le monde fut frappé de cette différence : malheureusement elle ne dépend ni des procédés ni des instruments, mais bien de la main du chirurgien,

et nous sommes d'autant plus de cet avis qu'il est excessivement difficile de disséquer un lambeau autour d'une fistule sans le couper, et que nous avons vu des chirurgiens forts habiles vouloir suivre le procédé de Sims et ne faire en réalité que celui de Bozeman.

La suture qu'employait Bozeman était complètement différente de celle



Fig. 300. — Sonde de MARION SIMS, modèle CHARRIÈRE (*).

de Sims. Après avoir réuni la suture, non pas au moyen du fulcrum, mais en passant les deux bouts de fil d'argent dans un ajusteur, qui consiste en une petite plaque ronde percée d'un trou, Bozeman prenait une

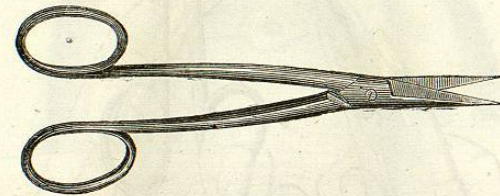


Fig. 301. — Ciseaux de MARION SIMS pour l'enlèvement des sutures.

plaque de plomb de la longueur de la fistule et de 1 centimètre de largeur; puis il pratiquait sur cette plaque des trous éloignés l'un de l'autre comme les points de suture. Lorsque cette plaque était préparée, Bozeman passait chacun des fils dans un des trous de la plaque, pressait sur la plaque à diverses reprises pour la mouler exactement; puis il passait chaque paire de fils dans des petits anneaux de plomb percés d'un trou, qu'il glissait jusqu'au contact de la plaque, et qu'il maintenait en les écrasant avec un davier.

Cette suture, appelée *suture en bouton*, appartenait entièrement à Bozeman; il l'avait instituée pour remplacer le procédé en crampon que lui avait indiqué Sims. Le grand avantage de cette plaque était de parfaitement protéger les parties de l'action des liquides du vagin, et d'immobiliser assez bien les tissus; mais elle avait l'inconvénient d'être assez longue à préparer, et surtout d'opérer des tiraillements de côté sur les fils, si les trous de la plaque ne correspondaient pas exactement aux points de suture.

Le manuel opératoire du procédé américain s'applique très-bien aux

(*) D, extrémité de la sonde percée de trous; E, oreilles de la sonde; F, ouverture de la sonde; G, gorge de la sonde.

remarquables méthodes instituées par Jobert pour guérir les fistules vésico-utéro-vaginales profondes et superficielles.

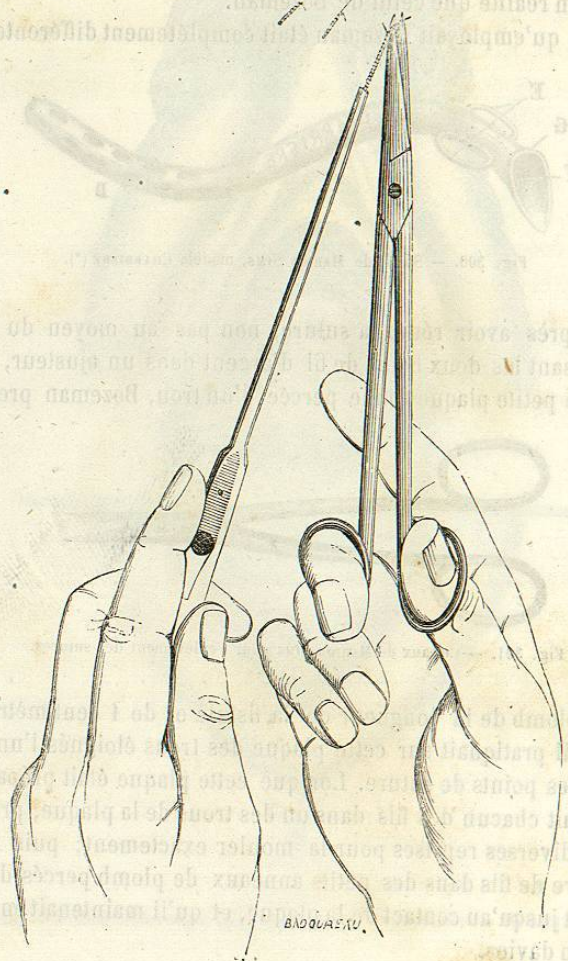


Fig. 302. — Manière d'enlever les fils.

Nous n'entrerons dans aucun détail sur les opérations destinées à lutter contre ce genre de fistule; il suffit de pratiquer l'avivement en entonnoir, et de remplacer les fils de soie par des fils métalliques que l'on passera en beaucoup plus grande quantité. En jetant un coup d'œil sur les figures 303, 304, 305, on se rendra parfaitement compte de ce que nous venons de dire.

La figure 306, qui représente une fistule vésico-utéro-vaginale superficielle avivée et traversée par les fils, et la figure 305 une fistule vésico-utéro-vaginale profonde dans la même condition, font bien voir que l'a-

vivement pratiqué sur la cloison vésico-vaginale et sur le col de l'utérus est semblable à ce que nous avons montré figure 292 pour les fistules vésico-vaginales simples; mais, dans la figure 307, la lèvre postérieure du col de l'utérus et la vessie sont suturées, et l'on peut voir que, sauf un plus grand nombre de fils, cette réunion donne le même résultat que la figure 267, qui représentait un résultat obtenu par Jobert.

L'importation en Europe du procédé américain changea complètement

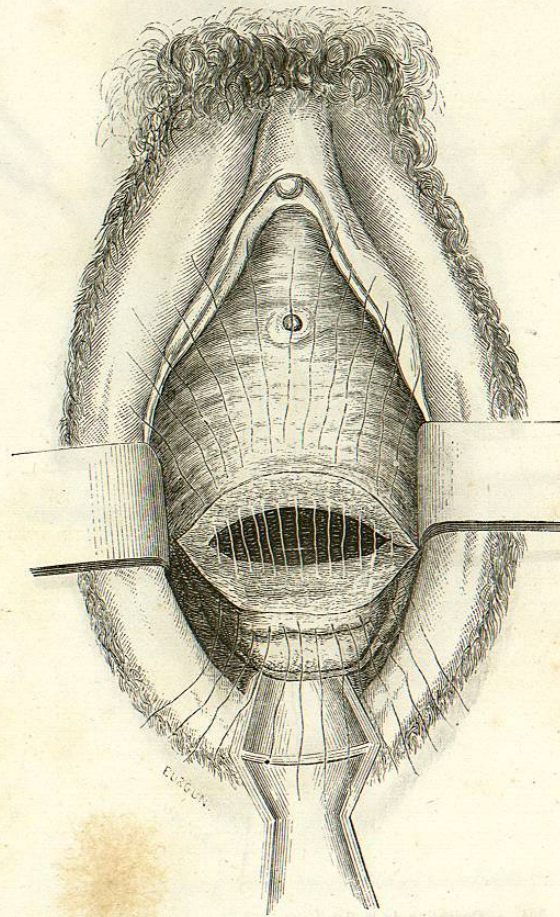


Fig. 303. — Opération de la fistule recto-utéro-vaginale superficielle. (MONTELOS.)

les opinions des chirurgiens français au sujet de la guérison des fistules vésico-vaginales; ce n'était plus la probabilité de guérir les fistules, mais bien la certitude que l'on annonçait, puisque sur 312 cas de fistules urinaires, Sims en avait guéri 260 et amélioré plusieurs autres.

Les chirurgiens français et anglais se mirent vite au travail et cherchèrent à se créer une opinion bien nette sur le nouveau procédé. Verneuil

publia (1) une critique excessivement remarquable des nouveaux procédés : il montra que, en 1834, Gonet (de Londres) avait opéré et guéri une malade par la suture métallique; que Mettauier (de Virginie), en 1830, opérait déjà la fistule vésico-vaginale en se servant de fils de plomb.

Le mouvement tout nouveau que prit la question des fistules vésico-vaginales engagea, G. Simon (de Rostock), en 1862, à faire connaître la suture qu'il employait depuis plusieurs années.

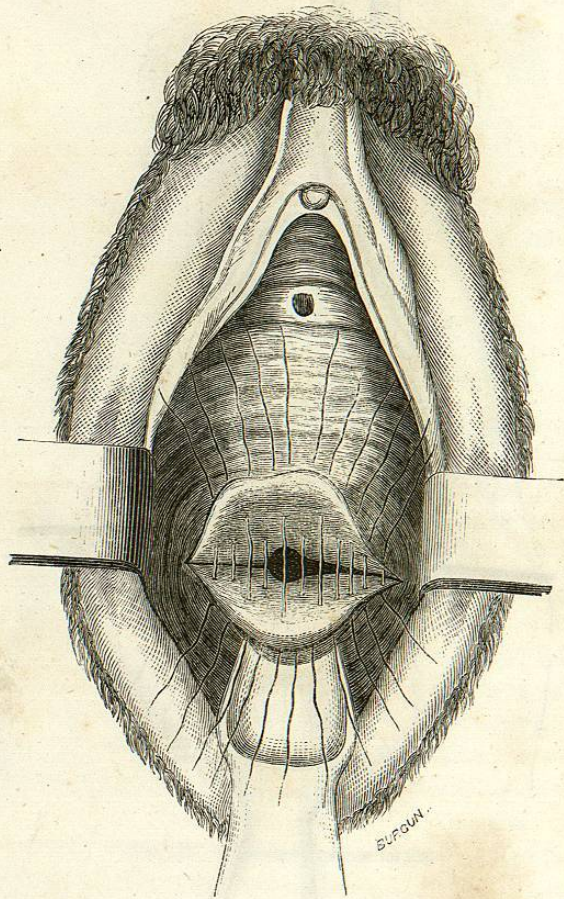


Fig. 304. — Opération de la fistule vésico-utéro-vaginale profonde (*).

Simon place les malades dans une position qu'il appelle *sacro-dorsale*; dans cette position, le sacrum est plus élevé que l'abdomen et la poitrine,

(1) Verneuil, *Des perfectionnements apportés à l'opération de la fistule vésico-vaginale par la chirurgie américaine* (Gazette hebdomadaire, 1859, p. 7, 19, 55).

(*) La lèvre antérieure du col utérin a été complètement détruite; la lèvre postérieure est avivée et réunie avec la cloison vésico-vaginale.

les cuisses sont rabattues du côté de l'abdomen et des parties latérales du thorax.

Pour mettre à jour la fistule, Simon se guide d'après la profondeur de la fistule et d'après l'état de solidité de l'utérus; si la fistule est très-profonde, et que l'utérus soit mobile, il attire, comme Jobert, le col au niveau de la vulve; mais, au lieu de se servir de pince de Museux, il passe

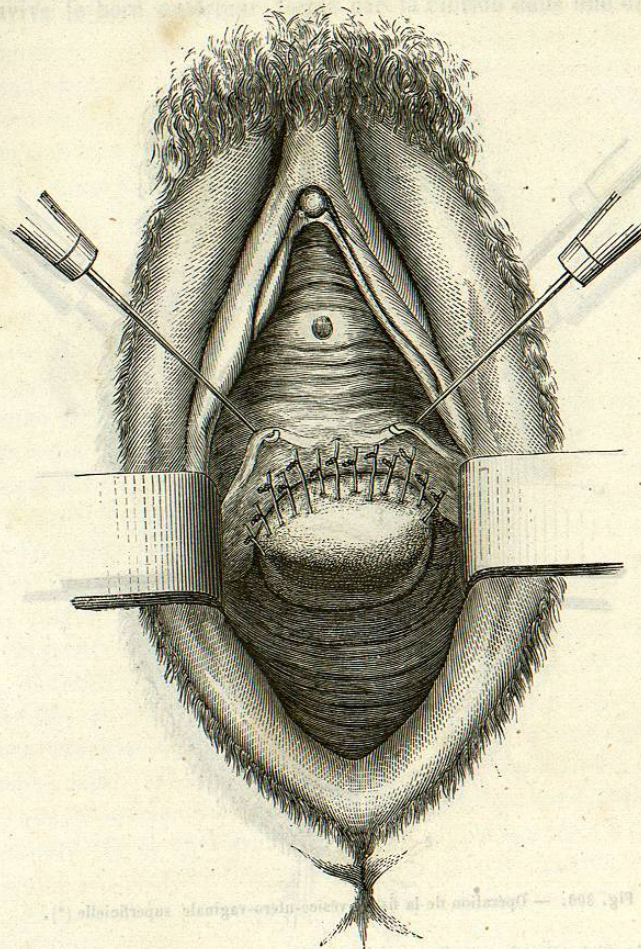


Fig. 305. — Opération de la fistule vésico-vaginale profonde (*).

dans le col deux anses de fil qui lui servent à maintenir l'utérus. Mais si la fistule est peu profonde, et qu'il y ait impossibilité de déplacer l'utérus, Simon emploie le spéculum en gouttière de Sims.

Quant à l'avivement, Simon réunit les procédés de Jobert et de Sims, c'est-à-dire qu'après avoir avivé toute l'épaisseur de la cloison, comme le

(*) La lèvre antérieure du col utérin est avivée et réunie avec la paroi vésico-vaginale.