IV — Opérations qui se pratiquent sur le vagin

I — Fistules vésico-vaginales

Les communications entre la vessie et le canal génital sont presque exclusivement le résultat de traumatismes pendant l'accouchement. Il est très rare de rencontrer des perforations ayant suivi immédiatement l'emploi des instruments. Le plus souvent il s'agit d'une nécrose par compression due au travail de la parturition qui précède de quelques jours l'élimination des tissus mortifiés et la production d'une fistule.

Contrairement à l'opinion ancienne, la plupart des auteurs sont aujourd'hui d'accord pour considérer la fistule comme le résultat de l'accouchement spontané, et pour admettre que c'est la longue durée de la compression exercée par le fœtus sur la paroi antérieure du bassin qui produit la mortification des tissus distendus, refoulés contre la symphyse pubienne et au-dessus. Il y a en faveur de cette manière de voir, ce fait qu'on rencontre le plus fréquemment les fistules dans les contrées où la rareté des praticiens expose les parturientes, lorsque l'accouchement est difficile, à un travail d'une durée fort longue. Il est incontestable que les compressions de peu de durée ne créent que rarement des nécroses assez profondes pour donner lieu à une communication anormale avec la vessie.

Parmi les autres causes de la production des fistules, je citerai le port de pessaires, surtout de celui de *Zwang* (j'ai vu déjà cinq fois des fistules dues à ce dernier), les affections calculeuses de la vessie, l'ulcération de la muqueuse vésicale. Les processus ulcératifs du conduit génital favorisent également le développement des fistules. Nous trouvons enfin un dernier facteur étiologique de ces dernières dans la destruction de la paroi vaginale par des tumeurs carcinomateuses.

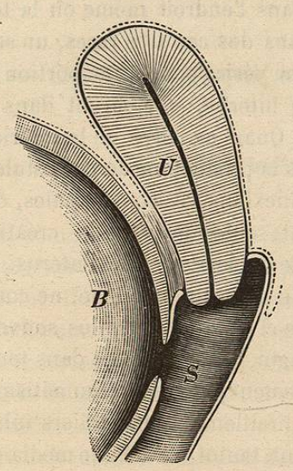
Pendant le travail de l'accouchement, la vessie est refoulée hors

du petit bassin au point que son bord inférieur se trouve seul derrière la symphyse, c'est-à-dire dans l'endroit même où la tête fœtale produira le traumatisme. Dans des cas très rares, un segment assez considérable de la paroi vésicale, ou une portion de l'urètre située au delà de l'orifice interne, demeurent dans le domaine où s'exerce la compression. Quant au corps de la matrice, il n'a pour ainsi dire rien à voir dans la production de ces fistules; bien plus, en raison même des connexions vésico-cervicales, des circonstances pathologiques rendent seules possible la création d'une communication entre la vessie et le corps de l'utérus. Le col lui-même, en dehors des lèvres du museau de tanche, ne court aucun danger de compression ; celle-ci intéresse le plus souvent la voûte et la paroi antérieure du vagin, cette dernière dans toute son étendue. L'uretère se trouve rarement exposé au traumatisme.

Les fistules siègent, grâce aux tiraillements irréguliers inhérents au mécanisme de l'accouchement, tantôt sur la ligne médiane, tantôt sur les parties latérales. Leur trajet est ordinairement très court ; leurs bords offrent des déformations cicatricielles ; le calibre de l'orifice peut varier depuis la grosseur d'un cheveu jusqu'à un diamètre égalant la longueur de la paroi du vagin. La rétraction inodulaire produit les irrégularités et les déformations les plus diverses dans la forme des fistules. En général la vessie vient proéminer dans la fistule, dès que celle-ci s'est un peu dilatée, et apparaît dans le canal vaginal sous forme d'une masse veloutée d'un rouge vif. Dans certains cas les urines conservent leur composition normale, et ne produisent qu'une réaction minime sur la muqueuse du vagin et la vulve, avec lesquelles elles sont en contact permanent. D'autres fois, et cela a lieu surtout lorsque l'urine se décompose, les parties mouillées présentent une vive irritation, irritation qui peut amener finalement des ulcérations et de grandes pertes de substance où se déposent les urates, et qui sont comblées ainsi par des dépôts d'incrustation parfois considérables.

L'importance des fistules varie selon leur siège. La variété la plus fréquente est la ***fistule vésico-vaginale.*** (Fig. 151.) Ces fistules sont arrondies, ovales ou allongées en fente; le trajet lui-même est court et les bords représentés par des lèvres linéaires. Ce trajet parcourt obliquement la cloison vésico-vaginale. Dans

d'autres cas la fistule est située dans la voûte vaginale, immédiate-



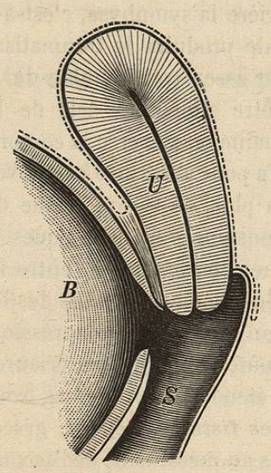
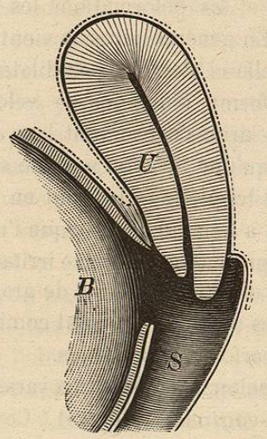


Fig. 151. Fig. 152.
D'après Schrœder, Maladies des organes génitaux de la femme.
B : Vessie; *S* : Vagin; *U* : Utérus.

ment au-devant du col de l'utérus ***(fistule vésico-vaginale pro-***



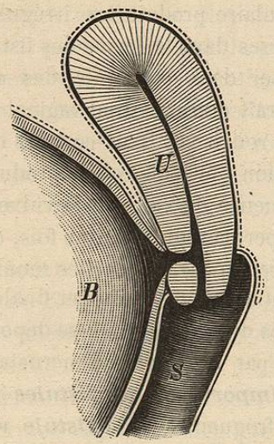


Fig. 153. Fig. 154.
D'après Schrœder, *loc. cit.*

fonde). (Fig. 152.) Le trajet et la configuration des bords de la fis-

tule sont bien plus irréguliers lorsque ***l'utérus*** participe au traumatisme. Dans ces ***fistules vésico-utéro-vaginales*** (fig. 153), une portion de la lèvre antérieure du museau de tanche peut avoir disparu, ou bien la fistule peut s'aboucher dans la profondeur du canal cervical, la configuration de l'orifice externe étant à peu près conservée.

Les ***fistules vésico-cervicales*** (fig. 154) ne sont probablement pas aussi rares qu'on le croirait d'après les relations des journaux.

Dans un certain nombre de cas d'accouchements laborieux par étroitesse du bassin, nous entendons la femme se plaindre d'incontinence vésicale et d'écoulement d'urine par le vagin. Il est très difficile dans ces cas d'établir si l'urine qui se mélange aux lochies est celle qui s'écoule à travers l'urètre à l'insu de la femme, ou si elle provient d'une fistule vésico-utérine. Et cela d'autant plus que la lenteur de la convalescence après les accouchements difficiles rend absolument inopportun l'examen extemporané de l'accouchée. Du reste au bout de quatre à six jours cet accident disparaît, alors que les malades ont toujours rendu une certaine quantité d'urine par le canal de l'urètre. Lorsque les femmes se lèvent, elles ne parlent plus de rien. Le suintement urinaire qui se produit dans ces cas doit être rapporté probablement à ces sortes de traumatismes. Je suis persuadé que ces fistules vésico-cervicales ont une tendance spéciale à guérir spontanément. Les trajets fistuleux, en effet, sont étirés et obturés de par le fait de l'involution du col utérin, l'épaississement de ses parois et les changements de situation de l'utérus puerpéral.

La lésion de ***l'urètre*** n'est habituellement qu'un phénomène connexe du traumatisme vésico-vaginal. Cependant le canal peut être détruit sur une grande étendue et les parois de ce qui est demeuré intact se souder entre elles, de sorte qu'il ne reste plus de l'urètre qu'un conduit se terminant en cæcum. (Fig. 155.) Des soudures et des déformations analogues se produisent d'ailleurs aussi du côté du vagin et même de la vessie : la configuration de ces organes se trouve ainsi soumise à des modifications très irrégulières. Les atrésies, les adhérences avec les organes voisins, les sténoses cicatricielles étendues accompagnent très fréquemment les accouchements difficiles créateurs des fistules.

Dans ces derniers temps j'ai observé deux cas de fistules urétrales à la suite de la colporrhaphie. Sans que rien, pendant la convalescence, ait pu faire admettre la possibilité d'une lésion de l'urètre au moment de l'opération, pas même d'une piqûre d'aiguille, il se produisit chez ces deux femmes, qui étaient fort décré-

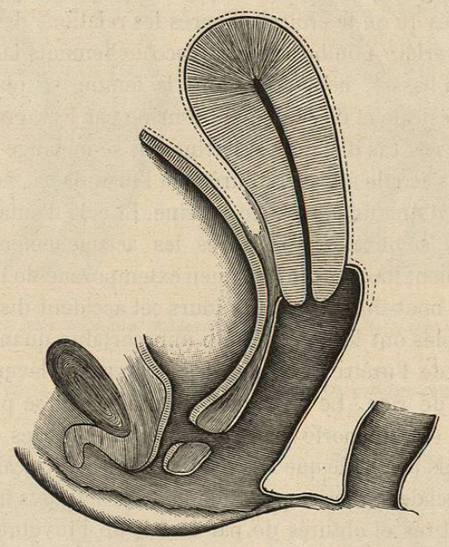


Fig. 155. — Fistule urétro-vaginale.

pites et présentaient un amaigrissement remarquable des organes génitaux, une ulcération dans la région du bourrelet urétral, qui se transforma finalement en fistule.

Les fistules urétérales siègent profondément dans le vagin, sur les côtés du col. Ce sont généralement des ouvertures très petites qui perforent obliquement la paroi vaginale. Elles sont très difficiles à découvrir au milieu du tissu cicatriciel qui les entoure ; on les reconnaît à l'urine qui s'en écoule par saccades. La rétraction inodulaire les déforme quelquefois au point que l'évacuation de l'urine dans le vagin ne se fait que dans certaines positions,

tandis que dans d'autres cas la plus grande partie de l'urine s'écoule par cette voie anormale.

Le ***symptôme*** essentiel des fistules vésico-vaginales est l'émission involontaire des urines. Cet accident ne se produit que rarement immédiatement après l'accouchement ; il survient bien plus fréquemment du troisième au cinquième jour. Et alors il peut arriver que l'urine ne s'écoule par le vagin que dans une position déterminée du corps, et que dans toute autre circonstance elle soit évacuée par les voies naturelles. Cette émission involontaire peut aussi se produire à de certains jours seulement, et toute l'urine, à part une très faible quantité, sortir aux autres moments à travers le canal de l'urètre. Lorsque la fistule est considérable, toute l'urine passe par le vagin.

Quant aux fistules urétrales, elles ne donnent passage à l'urine que lorsque la vessie a besoin d'être vidée : il n'y a écoulement pathologique qu'en ces seuls moments. En cas de fistule urétérale, une certaine quantité de liquide urinaire est évacuée par le vagin ; tandis que l'uretère du côté sain déverse l'urine dans la vessie et entraîne la nécessité de la miction.

Les variations d'action de l'urine sur les parties avec lesquelles elle entre en contact ont déjà été indiquées plus haut. Le plus souvent l'urine se décompose dans le vagin et entoure les malheureuses femmes d'une atmosphère spéciale qui permet le diagnostic à distance.

Les fistules urinaires n'exercent pas une influence nuisible absolue sur les fonctions procréatrices ; quoique l'état répugnant où se trouvent les organes sexuels, et l'existence de douleurs n'invitent probablement pas au coït, rien n'empêche les femmes de devenir enceintes et d'accoucher dans des conditions qui dépendront de l'état du bassin et des déformations des parties molles.

Le ***diagnostic*** des ***fistules vésico-vaginales*** est ordinairement établi de très bonne heure. Lorsque les communications anormales sont de petites dimensions, il peut cependant rencontrer des difficultés : dans ces cas, même la mise à jour du cul-de-sac vaginal à l'aide de spéculums univalves et de dépresseurs du vagin ne suffit pas pour découvrir la perte de substance, et il faut une exploration minutieuse avec la sonde, ou des injections vésicales

de liquides colorés pour arriver au but désiré. D'autres fois la rétraction cicatricielle a rendu la fistule presque inaccessible ; de sorte qu'on est obligé de fendre et de dilater le tissu inodulaire avant de pouvoir pénétrer dans la voûte du vagin. Mais celles qui opposent quelquefois le plus d'obstacles sont les ***fistules vésico-cervicales*** et les ***fistules urétérales.*** Pour les premières on réussit quelquefois grâce à l'emploi du cathéter ; quant aux dernières, leur recherche nécessite souvent une exploration des plus patiente qui permet à la fin de constater l'écoulement goutte à goutte de l'urine à travers la fistule. Le cathétérisme, dans ces cas, est un bon moyen pour déterminer la nature de la fistule.

Le ***pronostic*** n'est pas aussi mauvais qu'on pourrait le croire. Nous n'avons à traiter, nous autres praticiens, que les fistules qui ne guérissent pas spontanément. Et cependant cette guérison spontanée peut survenir, dans une proportion de cas difficile à indiquer il est vrai, par la formation d'une cicatrice, la déformation et l'obturation des bords de la communication.

Le ***traitement opératoire*** a donné des résultats bien plus sûrs depuis l'introduction en gynécologie du spéculum de Sims (1) et sous les auspices de Simon (2). Le pronostic s'est donc amélioré considérablement, même pour les fistules qui ne guérissent pas spontanément (3).

Traitement. — Dans les cas récents, on pourra tenter de favoriser la guérison spontanée de la fistule par l'introduction et le séjour prolongé dans la vessie de la sonde de *Nélaton.* Si ce procédé échoue, on essaiera de provoquer, à l'aide de cautérisations des lèvres de la fistule, la rétraction cicatricielle et consécutivement l'occlusion de la perte de substance. On emploiera soit le nitrate d'argent, la teinture d'iode, soit la pâte de Vienne ou le fer rouge, avec lesquels on cautérisera en partie le trajet fistuleux lui-même, en partie une zone d'environ un centimètre de large des lèvres vaginales de la plaie, en laissant un intervalle de plusieurs jours entre chaque séance.

(1) *Americ. Journ. of med. sciences,* Janvier 1852.

(2) *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfistel,* Giessen 1845 et Rostock 1862. — *Passim.*

(3) Hegar et Kaltenbach, *Gynécologie opératoire.* 3e éd. 648.

Grâce à ces cautérisations, les fistules de date récente se cicatrisent fréquemment en trois ou quatre semaines. Aussi n'est-ce qu'après avoir usé de ce moyen que je m'adresse au bistouri.

La condition *sine quâ non* de ***l'opération de la fistule vésico-vaginale*** est une mise à découvert complète et absolue de l'orifice vaginal de la fistule. On ne pourra donc procéder à l'opération immédiate que dans les cas où le plancher pelvien n'a pas subi une déformation cicatricielle trop considérable. Si cette déformation est prononcée, si le vagin est obturé, si le plancher du bassin est déplacé latéralement par les cicatrices provenant de la fistule, et si sa mobilité est minime, si enfin il n'est pas possible de mettre au jour les lèvres de la solution de continuité, l'opération devra être précédée d'un traitement préliminaire. En tous cas il faudra qu'avant toute intervention, l'irritation périfistuleuse et celle des organes génitaux externes soient guéries. Pour ce, on aura recours aux bains de siège, au repos au lit, à l'application sur les lésions vaginales de poudre d'iodoforme, et avant tout à l'amélioration de la composition des urines. Comme méthode préliminaire destinée à la mise à découvert des fistules, *Bozeman* (1) a indiqué des moyens qui ont donné des résultats tout à fait extraordinaires. Ces moyens consistent dans la dilatation progressive du tissu cicatriciel, dans la section des adhérences pathologiques, par conséquent dans la mise à jour méthodique du trajet fistuleux. *Bozeman* a rendu accessible ainsi au traitement radical un grand nombre de fistules vésico-vaginales dont l'opération directe paraissait jadis impossible.

On fera toujours bien ***d'opérer*** pendant le sommeil anesthésique, la femme étant dans le décubitus dorso-sacré. On s'aidera de pinces à mors et de dépresseurs vaginaux pour avoir accès dans la région opératoire. Puis on excisera circulairement le rebord de la fistule en enlevant tout le tissu inodulaire. Cela fait que la surface avivée sera toujours plus large dans le vagin que dans la vessie. En tous cas on n'enlèvera la muqueuse vésicale que si elle aussi a été le siège de productions cicatricielles. La section sera plus ou moins conique, et la masse de tissus à exciser variera également selon les circonstances. Quant à la suture, on la fera dans le sens

(1) *Remarks on vesico-vag. fist.* 1856; et *Ann. de Gyn.* Paris, 1876, VI. P. 108-116.

qui permettra le rapprochement des lèvres de la fistule avec le moins de tension. L'aiguille sera enfoncée à une distance convenable du bord et embrassera toute la plaie jusqu'à la muqueuse vésicale ; on la fera ressortir à égale distance de la lèvre opposée. Naturellement on posera la totalité des fils nécessaires à la réunion avant de les nouer. D'après mon expérience personnelle qui, il est vrai, ne s'appuie que sur dix-neuf opérations de ce genre, il me semble plus important, pour l'adaptation exacte des lèvres de la plaie, d'avoir un petit nombre de sutures bien faites que d'exagérer la quantité des fils. On pourra finalement assurer la réunion du côté du vagin par l'application de quelques sutures superficielles.

Le ***traitement consécutif*** a été diversement entendu. Les uns placent une sonde à demeure ; les autres préconisent le cathétérisme longtemps continué ; d'autres enfin favorisent dès le début l'expulsion spontanée de l'urine. J'ai essayé les trois manières de faire et j'ai renoncé, dans les cas d'irritabilité vésicale, à la mise à demeure de la sonde et au cathétérisme ; j'obligeai les malades à uriner spontanément le plus tôt possible. Dans d'autres cas, je n'ai sondé les opérées que tant que réduites au décubitus dorsal elles ne pouvaient sans effort évacuer leurs urines. Mais aujourd'hui encore j'emploierai très volontiers la sonde à demeure pour l'expulsion des urines là où une tentative antérieure m'aura démontré l'indifférence de la vessie à l'égard de l'instrument.

Pendant les premiers huit jours, je ne touche pas au vagin ; puis, lorsque les malades se lèvent, j'ordonne les injections vaginales faites avec prudence et j'enlève petit à petit les fils. Grâce à ces précautions, les fistules dont j'avais pratiqué la suture sous l'égide de l'irrigation permanente, ont toutes guéri par première intention. Mes échecs datent de l'époque où j'employais pour la suture les fils métalliques, quoique même à ce moment j'obtinsse quelques résultats très satisfaisants (guérison après une seule séance).

Les ***complications de l'opération*** peuvent provenir tout d'abord de l'étendue et de la forme très irrégulière des fistules. On évitera de créer une trop grande perte de substance et on suivra pour l'avivement la configuration de la solution de continuité

plutôt que d'exciser un lambeau de forme déterminée dans la fistule elle-même. Dans les cas où le canal de l'urètre est oblitéré ou déformé, il faudra, avant toute opération, lui rendre sa perméabilité et s'assurer de son bon fonctionnement.

Parmi les accidents de la convalescence, il faut éviter en première ligne les ***hémorragies vésicales.*** Celles-ci ne sont pas toujours le signe d'un insuccès, et peuvent en tous cas être combattues à l'aide d'injections dans la vessie, d'applications de glace et au besoin d'irrigations vésicales avec du chlorure ferrique en solution étendue. Certes lorsque la perte de sang est intense, le résultat final est compromis, parce qu'un écoulement hématique abondant et la formation de caillots provoquent la contraction permanente des parois de la vessie et troublent la cicatrisation de la plaie opératoire. L'existence de petites fistules créées par le trajet des aiguilles ne retarde que de bien peu la guérison complète ; leur occlusion devient facile par l'emploi de la cautérisation et au besoin de l'excision.

L'opération rencontre de grandes difficultés dans les cas de fistules ***vésico-cervicales*** et ***urétérales.*** Dans les communications vésico-cervicales (1) on a découvert et suturé les fistules, ou bien on a fermé l'orifice externe et assigné ainsi aux trajets fistuleux le rôle d'émonctoire pour les sécrétions utérines qui sont évacuées par l'urètre. J'ai opéré deux fistules vésico-cervicales par la suture immédiate. On pourra placer la femme soit dans le décubitus dorsal, soit, comme je le fis au début sous l'influence des communications de *Bozeman,* dans le décubitus génu-pectoral ; puis, après avoir fait la ligature des ligaments larges, on fendra le col et on procédera à l'excision et à la suture de la fistule mise à jour. Pour terminer on rapprochera également les lèvres de la discision cervicale. Dans le second cas j'ai pratiqué l'opération la malade étant dans le décubitus dorso-sacré.

Le pronostic de cette opération est favorable. Quoique la guérison ne soit pas toujours immédiate, la cicatrisation ultérieure produit cependant l'obturation de la fistule.

(1) Lossen, *Deutsche Zeitschrift f. Chirurg.* IX. — A. Martin, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, IV. — Muller, *Berl. kl. Wochenschr.* 1879, 49.