Il est extrêmement difficile de remédier aux fistules urétérales (1). On pourra les suturer par-dessus une sonde introduite dans l'uretère, ou bien exciser une portion de la vessie et obtenir la guérison par la suture de la fistule urétéro-vésicovaginale ainsi créée. En cas de déformations cicatricielles étendues, on risque de léser pendant l'opération l'uretère demeuré perméable jusque-là, ou le péritoine. Cette dernière complication est la moins sérieuse; car, à moins que la suture n'embrasse des anses intestinales ou qu'on n'emploie pas l'antisepsie, la séreuse n'oppose qu'une réaction peu vive à une irritation de ce genre. La ligature de l'uretère intact est plus grave; elle amène des stagnations d'urine menaçantes, dont le diagnostic est d'autant plus difficile que l'uretère sain du côté opposé peut déverser dans la vessie une quantité d'urine suffisante pour rendre la miction régulière et normale. Les symptômes produits par cette stagnation feront reconnaître la complication que l'on se hâtera de supprimer par l'ablation des sutures.

Les premiers auteurs qui ont rapporté des observations de fistules urétéro-utérines sont Bérard (Prager Vierteljahrs-chrift. 1846, Tome IV) et A. W. Freund (Klin. Beitr. zur Gyn. Fasc. I et II, enfin Berl. kl. Woch. 1869, P. 504).

Dans ces cas, il est impossible de découvrir la fistule et il faut avoir recours à l'oblitération de l'utérus. Cette méthode même n'a donné jusqu'à présent que des résultats peu satisfaisants. Zweifel, le premier (1878) (Arch. f. Gyn. XVI), s'est décidé à extirper le rein correspondant à l'uretère lésé. B. Credé (Arch. f. Gyn. XVII), Fritsch (Centralbl. f. Gyn. 1886, n° 1), enfin Bardenheuer (Berl. kl. Woch. 1886) l'ont imité.

Dans les cas où tous les moyens ont échoué, on a essayé de remédier à l'écoulement incessant de l'urine par l'occlusion directe du vagin. L'oblitération transversale du vagin en cas d'incurabilité de la fistule doit toujours être tentée comme ultima ratio; malheureusement, sans parler des difficultés de l'opération et de la déformation consécutive des organes géni-

taux, la guérison absolue ne s'obtient pas constamment. Le vagin ne tolère pas toujours le contact incessant de l'urine et la stagnation du sang et des sécrétions utérines dans le réceptacle opératoire. J'ai dû, comme béaucoup d'autres ont probablement été obligés de le faire, rouvrir la cicatrice, les malades regardant l'état antérieur à l'intervention comme plus supportable que celui que leur créait l'opération.

On pratique l'oblitération transversale le plus haut possible dans le conduit. On avive celui-ci sur toute sa circonférence et on suture entre elles les parois antérieure et postérieure. Dans les cas tout à fait désespérés, Rose (1) crée une fistule recto-vaginale devant servir de voie d'écoulement après l'oblitération du vagin. Les résultats de ce procédé ne sont pas très satisfaisants non plus (2), et il ne faudra y avoir recours qu'après avoir épuisé tous les autres moyens de traitement. Enfin on a essayé de soulager les malades à l'aide de pessaires appropriés aux circonstances individuelles, ou de récipients qu'on adapte aux organes génitaux externes.

2 — Fistules recto-vaginales

La communication anormale entre le vagin et le rectum, la fistule recto-vaginale, est à quelques exceptions près le résultat de l'accouchement, qu'elle soit due à des lésions directes au moment du travail, ou à des affections qui sont en connexion avec la parturition. Il est rare de voir ces communications s'établir à la suite de maladies de la paroi intestinale, de tumeurs ou d'ulcérations de productions morbides siégeant dans le rectum. On observe des cas isolés où la cloison recto-vaginale a été perforée par des pessaires, des canules de clyso, ou par des corps pointus sur lesquels sont tombées les malades.

Le plus souvent c'est le *rectum*, rarement l'*intestin grêle*, *qui* communique avec le vagin. Le trajet fistuleux est de longueur et de calibre variables, depuis le diamètre d'un cheveu jusqu'à des

⁽¹⁾ Simon, Wiener med. Woch. 1876, no 28, p. 692. — Landau, Arch. f. Gyn. IX, p. 426. — Bandl, Wiener med. Woch. 1877, nos 30, 32. — Hahn, Berl. klin. Woch. 1879, no 27.

⁽¹⁾ Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie, IX.

⁽²⁾ BROESE, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. X, p. 126.

dimensions très considérables. Les parois elles-mêmes offrent de grandes différences dans les fistules urinaires. Tantôt elles sont déformées par des brides cicatricielles et présentent des culs-desac, tantôt elles sont unies et peu modifiées dans leur forme

Le symptôme des fistules recto-vaginales est le passage dans le vagin du contenu intestinal. Lorsque c'est l'intestin grêle qui est intéressé, ce contenu est représenté, suivant le siège de la lésion, par le bol alimentaire, et arrive alors dans le vagin à des intervalles réguliers après les repas. Lorsque la communication existe avec le rectum, les fèces qui s'écoulent dans le vagin ont la consistance d'une bouillie; elles sont rarement dures. Ce qui est le plus pénible pour les malades, c'est l'évacuation incessante des gaz. Les masses stercorales ne sont expulsées ordinairement, du moins au dehors, qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, par débâcle. Est-il besoin de dire que la muqueuse vaginale se trouve dans un état d'irritation considérable par suite de son contact avec le contenu intestinal?

Le diagnostic résulte facilement de la simple inspection. Les fistules sont rarement assez étroites pour que leur constatation exige une attention bien soutenue. Les malades sont du reste très sensibles au passage à travers le vagin des flatuosités intestinales.

La guérison des fistules recto-vaginales peut rencontrer des difficultés extrêmes; les fistules de l'intestin grêle (1) surtout résistent à toutes les tentatives d'occlusion. On essayera d'obtenir cette dernière soit au moyen de cautérisations, soit à l'aide de l'avivement et de la suture. Lorsque les fistules recto-vaginales sont situées très bas, immédiatement derrière le périnée, il faudra généralement fendre celui-ci. Cela permettra de pratiquer avec facilité l'excision du trajet fistuleux et de terminer la suture conformément aux préceptes de la plastique périnéale.

3 — Résection de l'orifice urétral externe

Pour remédier à l'incontinence de l'urêtre qui persiste parfois après la dilatation, et pour supprimer la béance de l'orifice consé-

(1) BIDDER, Verh. d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurg. 1885, XIV, p. 52.

cutive à des destructions ulcéreuses, Franke (1) et Winckel (2) ont proposé une opération destinée à rétrécir le calibre du canal de l'urètre. Ils excisent un segment cunéiforme de la paroi postérieure du canal, dont la base est au niveau de l'orifice et dont le sommet se prolongera à volonté jusqu'au tubercule urétral. Ce coin renferme le tubercule urétral et la muqueuse de l'urètre. Ils suturent ensuite la fente ainsi obtenue à l'aide de fils placés et noués comme l'indique la fig. 156.

Des expériences récentes ont montré que la cicatrisation n'est

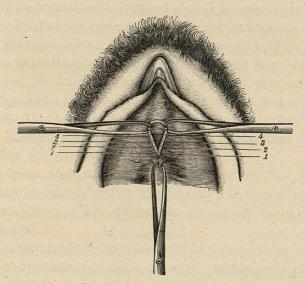


Fig. 156. - Résection de l'urêtre, d'après Winckel.

pas aussi régulière au niveau de l'orifice urétral que dans les plaies du vagin, probablement à cause du contact de l'urine. Mais même lorsque la guérison a lieu, la rétraction cicatricielle arrive avec son cortège d'inconvénients; de sorte que la continence, très satisfaisante au début, disparait peu à peu sous l'influence rétractile du tissu inodulaire.

J'ai reconnu dans ces derniers temps à l'hydrastis des propriétés

⁽¹⁾ Centralbl. f. Gyn. 1884.

⁽²⁾ Arch. f. Gyn. XXIII, fasc. II.

très efficaces pour le rétablissement de la tonicité urétrale. Je suis arrivé à m'en servir parce que j'entendais des malades qui en prenaient pour combattre les hémorragies, se plaindre de difficultés de la miction, d'une sensation de resserrement des parties génitales qui ne cédaient qu'avec peine au moment de l'émission des urines. Depuis ce moment, je l'ai employé chez quatre femmes qui souffraient d'incontinence dans les premiers jours qui suivirent la dilatation de l'urètre, et toutes les quatre affirmèrent qu'il ne tarda pas à se produire une amélioration très marquée dans leur état.

V — Opérations qui se pratiquent sur l'utérus

1 - Discision de l'orifice utérin externe

Parmi les opérations qui se pratiquent sur l'utérus, la discision du col a été considérée pendant longtemps comme l'opération « gynécologique » par excellence. Tentée d'abord à Edimbourg en 1843, par Sir James Y. Simpson (1), et pratiquée indépendamment de ce dernier pour la première fois en Allemagne par mon père (1849) (2), cette opération entra dans le domaine gynécologique sous les auspices de M. Sims (3). Employée au début seulement pour les sténoses de l'orifice utérin externe, on y eut recours plus tard dans toutes les formes d'oblitération du canal cervical et, en dernier lieu, après y avoir introduit quelques modifications, même dans les cas de coarctation de l'orifice utérin interne.

On s'adressa également nombre de fois à la discision non seulement dans les cas où l'orifice externe était très rétréci, mais même dans ceux où le calibre du conduit cervical n'était pas absolument normal.

Sims recommanda la discision avec tant de chaleur et de persuasion comme une opération presque constamment inoffensive et très féconde en résultats, qu'employée sur une très vaste échelle elle dut nécessairement tromper bien des fois l'attente et les espérances qu'elle faisait concevoir; il y a même eu des cas où les résultats en ont été mauvais. Ces derniers tenaient en partie à l'opération elle-même, et ont été obtenus au temps où l'antisepsie n'avait pas encore été introduite dans la pratique : aujour-d'hui ils ne sont plus à craindre. Les hémorragies pendant la discision ont également donné lieu à des conséquences fâcheuses,

⁽¹⁾ Med. Times and Gaz. Févr. et Mars 1859.

⁽²⁾ La relation n'en a été faite qu'en 1875 dans la Zeitschr. f. Geb. u. Frauenkrankheiten.

⁽³⁾ Lancet, 1865 et Chirurgie ulérine, 1866.