

Opération de  
Pawlik.

déplacer le canal de l'urèthre, a pratiqué deux avivements latéraux. Pawlik<sup>1</sup> a enlevé latéralement des fragments cunéiformes de tissu pour tirer sur l'urèthre transversalement et le couder de manière à combattre sûrement la béance du canal. Voici comment il procède : il commence par attirer avec un crochet le canal de l'urèthre aussi

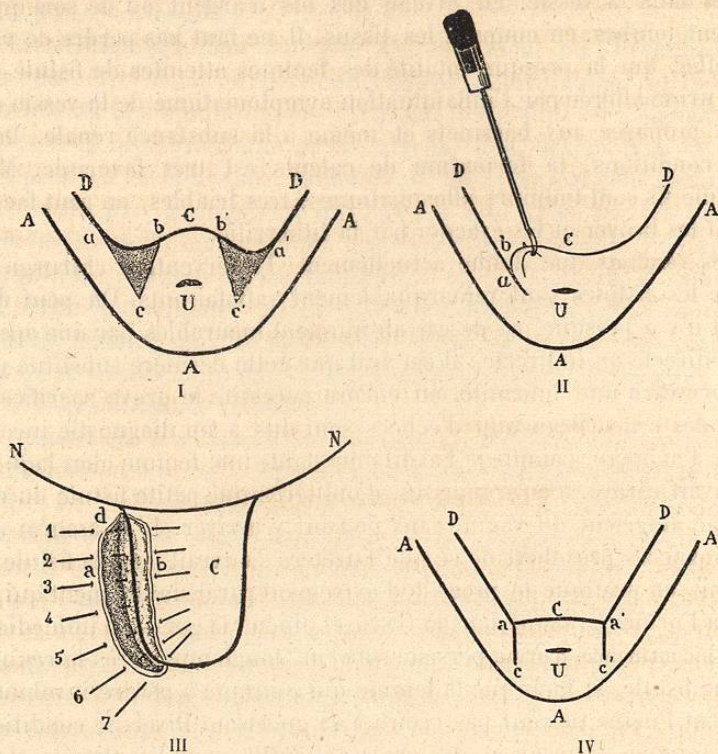


Fig. 415. — Opération de Pawlik contre l'incontinence d'urine.

I. Région de l'urèthre vue la femme étant en position genu-pectorale. II. Estimation de l'étendue de l'avivement par la traction avec un crochet. III. Avivement. IV. Pincement effectué.

A. Relief de l'arc du pubis. C. Saillie du canal de l'urèthre. D. Dépression en arrière du pubis. U. Méat urinaire; a, b, c, a', b', c', dimensions de l'avivement juxta-urétral.

loin que cela est possible, sur le côté, et il marque les points qui correspondent à ce déplacement (fig. 415). Il obtient les limites extrêmes de son avivement et il y procède en faisant de haut en bas deux incisions parallèles, à partir des points précités. En bas, ces incisions s'inclinent de manière à permettre de couder l'urèthre. On attire alors l'orifice de l'urèthre avec un crochet du côté du clitoris, et l'on marque le point où l'on peut parvenir à l'amener; on pour-

<sup>1</sup> PAWLIK. *Beiträge zur Chirurgie der weiblichen Harnröhre* (Wien. med. Woch., 1885, n° 25 p. 769 et n° 26, p. 808).

suit l'incision jusque-là, en ayant soin de lui donner une direction un peu concave en dedans, de manière à ce qu'après la suture l'orifice externe de l'urèthre ne se trouve pas trop fortement bridé. Quand ce tracé est terminé, on pratique l'avivement, en creusant les tissus à côté de l'urèthre; il en résulte une plaie assez profonde. On fait la suture de la plaie en attirant l'urèthre vers le clitoris; les points de suture deviennent obliques à mesure qu'on approche de l'orifice urétral, et les derniers sont même placés directement d'avant en arrière. Pawlik opère dans la position genu-pectorale; il se sert de soie phéniquée et saupoudre la suture d'iodoforme. Il attend une semaine pour faire la seconde opération de l'autre côté, quand la malade est guérie de la première intervention, et recommande, dans les premiers temps qui suivent l'opération, de vider fréquemment la vessie. Il a ainsi obtenu plusieurs succès.

#### Fistules fécales.

Je comprendrai, sous ce titre commun, les fistules recto-vaginales et les fistules entéro-vaginales.

#### Fistules recto-vaginales.

Fistules recto-vaginales. Étiologie.

Étiologie. — La cause la plus fréquente est l'accouchement; mais ce n'est pas la compression qui agit ici, comme dans les fistules urinaires, pour produire des eschares. Les fistules recto-vaginales sont une conséquence plus immédiate du traumatisme, et succèdent, ordinairement, à une large déchirure du périnée qui s'est cicatrisée inférieurement dans le point où les tissus offrent le plus d'épaisseur, tandis qu'une perforation a subsisté au-dessus; la minceur de la cloison recto-vaginale a permis, en ce point, aux deux épithéliums de se rejoindre et d'ourler, pour ainsi dire, d'une manière durable la solution de continuité. D'autres causes peuvent, du reste, agir plus rarement : déchirure par le forceps ou le céphalotribe, gangrène de la cloison par le séjour prolongé de la tête, traumatisme direct par un corps étranger, violemment introduit ou séjournant assez longtemps pour produire une ulcération, que ce corps étranger agisse, du reste, par le vagin ou par le rectum. Enfin, des ulcérations de diverse nature, des abcès de l'un ou de l'autre de ces conduits, peuvent amener entre eux une communication anormale : ces perforations se font, parfois, au-dessus de rétrécissements du rectum<sup>1</sup>. Des kystes dermoïdes, des kystes de grossesse extra-utérine, situés dans

<sup>1</sup> FÉVRIER. *Des fistules dans le rétrécissement du rectum*. Thèse de Paris, 1877.



le cul-de-sac de Douglas et ayant suppuré, peuvent faire communiquer le vagin et le rectum, en s'y évacuant simultanément. Mais ces communications fistuleuses ne rentrent pas, avant la cicatrisation de leurs bords, dans la classe des fistules proprement dites.

Anatomie pathologique.

**Anatomie pathologique.** — Je n'aurai en vue que les fistules qu'on peut appeler cicatricielles, laissant de côté les communications anormales récentes, véritables plaies fraîches, les fistules cancéreuses qui ne sont qu'un épiphénomène dans un processus pathologique, ou les fistules purulentes en voie d'évolution.

Il est nécessaire d'établir, avec Verneuil, une division au point de vue de leur siège; il y a des fistules qu'on doit appeler **recto-vulvaires**, parce qu'elles s'ouvrent au bord de la vulve, tout près de la fourchette; d'autres sont **recto-vaginales inférieures**, leur orifice est situé dans la moitié inférieure du vagin; d'autres enfin, plus rares, sont **recto-vaginales supérieures** et peuvent siéger dans le voisinage du museau de tanche, dans le cul-de-sac postérieur; elles sont généralement consécutives à l'évacuation ancienne d'une collection située dans le cul-de-sac de Douglas.

Les dimensions sont variables; les fistules recto-vulvaires sont ordinairement réduites à un petit pertuis; les fistules de la portion inférieure du vagin sont, le plus souvent aussi, fort étroites. Tantôt la cloison est amincie au point qu'elles paraissent faites à l'emporte-pièce, et qu'elles sont franchement *ostiales* ou *labiformes*; tantôt elles sont, au contraire, canaliculées, présentant un trajet oblique dans l'épaisseur de la paroi, et leur orifice vaginal est alors parfois recouvert d'une sorte d'opercule formé par la colonne postérieure du vagin plus ou moins entamée et déchiquetée. Les fistules qui siègent dans le cul-de-sac vaginal postérieur peuvent offrir d'assez grandes dimensions, car elles sont parfois consécutives à une large eschare, qu'a causée la pression d'une tumeur, avant de se vider dans les deux conduits voisins. J'ai observé une fistule de ce genre, qui pouvait admettre le pouce; elle provenait de l'évacuation d'un kyste fœtal.

Quand la fistule présente un trajet, c'est la muqueuse vaginale qui semble être attirée et qui le tapisse.

Les bords de ces orifices sont ordinairement durs, calleux, tranchants; du tissu cicatriciel peut, en formant des brides qui cloisonnent le vagin, les relier à des fistules vésico-vaginales, dues au même accouchement laborieux.

Symptômes et diagnostic.

**Symptômes et diagnostic.** — Le passage de gaz et de matières fécales est, à la fois, le signe pathognomonique pour le clinicien et le phénomène le plus gênant pour les malades. Le passage des matières fécales n'est pas absolument constant, et manque lorsque la fistule est étroite ou oblique et que les matières sont solides; mais ce

symptôme apparaît avec la diarrhée. Une vaginite assez intense survient si ce phénomène est habituel. On peut, avec le doigt, sentir un orifice un peu notable, et le spéculum aidé du stilet et du toucher rectal permet toujours de le découvrir. On placera la femme, pour cet examen, dans la position de Sims, qui est la plus commode en vue de cette recherche. Au besoin, on lui ferait prendre un lavement de lait qui viendrait filtrer par le pertuis dissimulé derrière un pli ou une cicatrice.

**Pronostic.** — Quelle que soit son peu d'importance apparente, il s'agit là d'une affection très rebelle, car la difficulté de la guérison n'est nullement en rapport avec l'étendue de la lésion.

Les cas les plus difficiles sont ceux où il existe des cicatrices multiples dans le vagin.

On a rapporté des faits de guérison spontanée; mais il y a là simplement une dénomination erronée; ces prétendues *fistules* n'étaient que des plaies granuleuses. Une perforation dont les bords sont cicatrisés ne peut point guérir par les efforts de la nature, ou, pour mieux dire, n'est elle-même qu'un mode défectueux, mais définitif de guérison spontanée.

**Traitement.** — Il semble, au premier abord, que la suture *directe* de la fistule par le vagin soit l'opération la plus simple. Il n'en est rien, cependant. En effet, on ne peut obtenir ainsi qu'une surface cruentée d'étendue médiocre, et la réussite est bien moins assurée que par la méthode *indirecte*, qui consiste à comprendre la perforation dans un large avivement intéressant le périnée. On peut donc dire que, dans l'immense majorité des cas, l'opération de la fistule recto-vaginale doit consister en une colpo-périnéorrhaphie légèrement modifiée, et que la voie périnéale est la méthode de choix, la voie vaginale l'exception.

**Opération par le périnée.** — Les anciens chirurgiens se bornaient à inciser verticalement le périnée jusqu'à la fistule, en confiant à la nature le soin de la cicatrisation, quitte à la régulariser ensuite par une opération complémentaire<sup>1</sup>. Plus tard, on ne fit de la section du périnée que le premier temps d'une périnéorrhaphie immédiate: cela revenait, en somme, à transformer la fistule recto-vaginale en déchirure périnéale complète, et à la traiter comme elle. Des faits isolés de cette pratique sont dus à Ricord<sup>2</sup>, Demarquay<sup>3</sup>, Baker-Brown<sup>4</sup>; Richet<sup>5</sup> le premier en France, l'érigea en méthode, ce que

<sup>1</sup> SAUCEROTTE. *Mélanges de chir.*, Paris, 1801, p. 530.

<sup>2</sup> VOIR L.-M. MICHON. *Des opérations que nécessitent les fistules vaginales*. Thèse de concours, 1841, p. 224.

<sup>3</sup> DEMARQUAY. *Ann. de Gyn.*, 1875, t. III, p. 851.

<sup>4</sup> BAKER-BROWN. *Lancet*, 26 mars 1864, t. I, p. 547.

<sup>5</sup> RICHEL. *Ann. de Gyn.*, 1876, t. V, p. 401. — Les idées de RICHEL avaient été dévelop-

Pronostic.

Traitement.

Opération par le périnée.



Simon<sup>1</sup> fit également en Allemagne. Depuis lors, elle a trouvé de nombreux défenseurs<sup>2</sup>. Récemment, la vulgarisation du procédé de dédoublement auquel Lawson Tait a attaché son nom est venu étendre encore le champ de la périnéorrhaphie; ce procédé offre, en effet, le grand avantage de fournir à peu de frais une énorme surface à l'affrontement et de permettre la mobilisation du rectum; celle-ci détruit le parallélisme entre l'orifice rectal et l'orifice vaginal de la fistule qu'on fait glisser l'un sur l'autre par une sorte de jeu de tiroir.

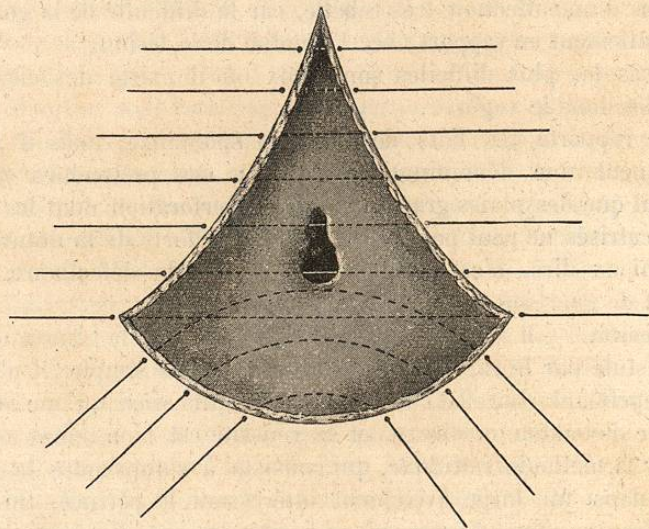


Fig. 414. — Procédé de colpo-périnéorrhaphie de Hegar appliqué à la cure de la fistule recto-vaginale.

Avant la vulgarisation de ce procédé de périnéorrhaphie, on avait mis en usage toute la série de ceux qui seront décrits plus loin (voir DÉCHIRURES DU PÉRINÉE, p. 986). C'est ainsi que Schauta<sup>3</sup> a employé l'avivement triangulaire de Hegar, en ayant soin d'y inscrire la fistule et d'en réunir les bords par des sutures perdues au catgut. Chrobak<sup>4</sup> a aussi eu à se louer de ce procédé. Mais, je le

pées, dès 1867, par un de ses élèves, L. SERRES. *Des fistules recto-vaginales considérées au point de vue du traitement*, Thèse de Paris, 1867. — La première opération de RICHET remonte à 1859.

<sup>1</sup> G. SIMON. *Operationen der Urinfisteln des Weibes* (Prag. Vierteljahr. f. prakt. Heilk., 1867, Bd. XCIV, p. 61).

<sup>2</sup> F. RIZZOLI. *Bull. des sciences méd. de Bologne*, 1867, t. IV, p. 226. — LABBÉ, LE DENTU. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1882, p. 350 et 552. — CH. MONOD. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1882, p. 46 et 152.

<sup>3</sup> SCHAUTA. *Ueber die Operation von Mastdarmfisteln* (Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Gyn. zu München, 1886, p. 282).

<sup>4</sup> R. CHROBAK. *Ueber Mastdarmscheidenfisteln* (Wien. med. Blätter, 1887, p. 841 et 877).

répète, le procédé de choix, actuellement, paraît être celui de Lawson Tait qui s'applique à presque tous les cas.

On a voulu formuler les indications opératoires, tour à tour d'après le siège plus ou moins élevé des fistules recto-vaginales ou d'après la conservation plus ou moins complète du périnée. Ces indications sont assurément utiles, mais elles serviront surtout pour apprécier l'étendue du dédoublement à effectuer. Elles serviront aussi pour juger s'il n'y a pas lieu de faire auparavant la section verticale d'un mince pont cutané qui pourrait séparer seul la fistule du périnée,

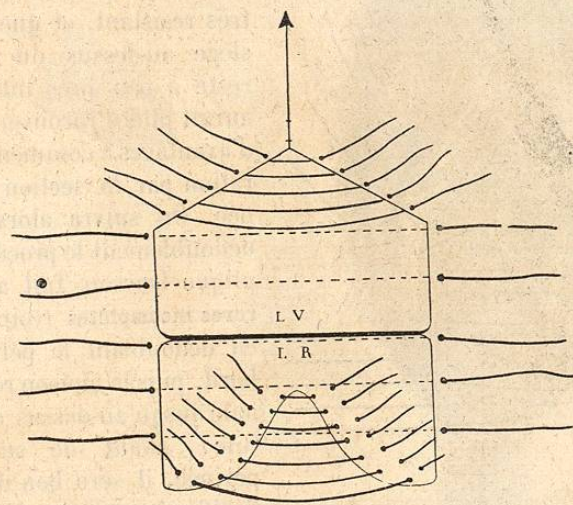


Fig. 415. — Sutures du rectum, du vagin et du périnée après la section verticale du périnée et son dédoublement (schéma.)

L. R. Lambeau rectal avec suture de Lauenstein. — L. V. Lambeau vaginal.

ou la section d'un périnée flasque et dépourvu de muscle, alors même qu'il offrirait une certaine épaisseur. On doit, d'après cette considération préliminaire, établir deux variétés dans le procédé opératoire de la périnéorrhaphie :

A. Si le périnée est trop mince ou simplement ne paraît pas assez étoffé pour être respecté, on n'hésitera pas à le sectionner jusqu'à la fistule, et l'on procédera ensuite à la périnéorrhaphie, d'après la pratique de Lawson Tait pour les déchirures complètes (voir p. 1020).

Il convient alors, je crois, d'imiter Säger<sup>1</sup> et quand la fente s'étend très haut (fig. 416 et 417), de suturer isolément le rectum avec des points de suture à la soie passés à la manière dite de

<sup>1</sup> M. SÄGER. *The operative treatment of recto-vaginal fistula* (Buffalo med. and surg. Journ., juin, 1891).



Lauenstein<sup>1</sup>, que ce chirurgien a empruntée au procédé d'affrontement des membranes séreuses de Lembert (voir p. 1010).

Toutefois, cette suture isolée du rectum ne me paraît utile que lorsqu'on a sectionné très haut la cloison recto-vaginale; dans les cas où la fente du rectum n'est pas très élevée, il suffira de le mobiliser par le dédoublement; on parviendra presque toujours

ainsi à l'attirer assez bas pour qu'une suture particulière de l'intestin devienne inutile.

B. Si le périnée est encore très résistant, et que la fistule siège au-dessus du sphincter resté à peu près intact, il y aurait plus d'inconvénients que d'avantages à commencer l'opération par la section du périnée. On suivra alors pour le dédoublement le procédé qu'applique Lawson Tait aux déchirures incomplètes (voir p. 996) en dédoublant le périnée d'abord, puis la cloison recto-vaginale jusqu'au-dessus de la fistule. Avant de suturer le périnée, il sera bon de fermer l'orifice rectal, en passant du côté de la plaie une série de sutures à la Lembert-Lauenstein (fig. 418). En outre, l'orifice vaginal sera suturé du côté du vagin; on fera ces sutures à la soie fine. Sängér<sup>2</sup> a obtenu de la sorte de très nombreux succès.

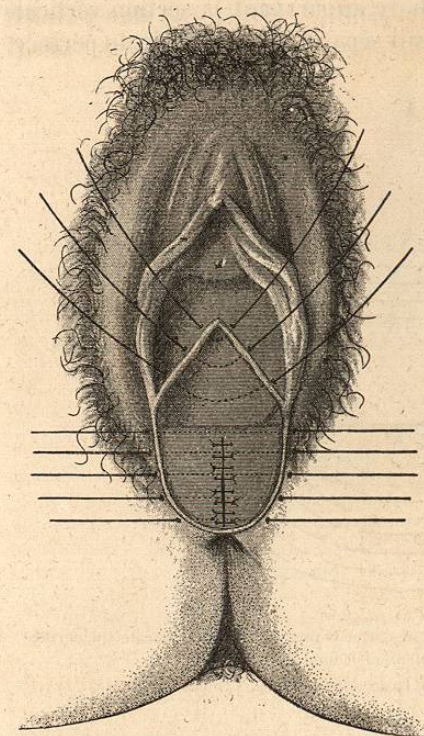


Fig. 416. — Sutures après la section verticale du périnée et son dédoublement.

Le lambeau rectal est suturé. Les fils vaginaux et périnéaux ne sont pas encore serrés (Sängér).

Enfin, il est des cas, exceptionnels, à la vérité, où l'orifice fistuleux siège très haut, au voisinage du cul-de-sac vaginal postérieur. On pourra, à l'exemple de Sängér, faire le dédoublement large et profond du périnée, à l'aide d'une incision bi-ischiatique, poursuivie hardiment jusqu'au-dessus de la fistule, en traversant le releveur de l'anus, sans craindre de créer ainsi une plaie assez profonde pour admettre les deux poings. C'est cette opération qui a été décrite

<sup>1</sup> LAUENSTEIN. *Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 49.

<sup>2</sup> SÄNGER. *Loc. cit.*

plus haut (p. 695) sous le nom de *périnéotomie transversale*. Je crois préférable de suturer ensuite la fistule du côté du vagin, après l'avoir avivée; on se bornera alors à rétrécir un peu l'étendue de la plaie périnéale, mais on la laissera béante dans sa partie médiane bourrée de gaze iodoformée. C'est la pratique qu'a suivie Sängér et à laquelle il a dû un beau succès dans un cas de fistule exceptionnellement élevée.

On peut rapprocher de ce procédé celui qu'ont décrit d'abord Alph. Guérin<sup>1</sup>, puis Quénu<sup>2</sup> et Félizet<sup>3</sup>. Quénu, à l'exemple de Guérin, joint

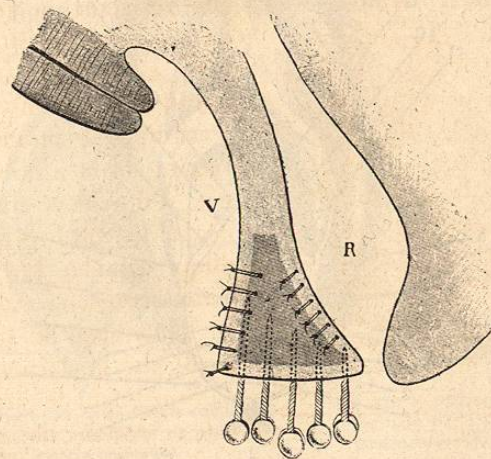


Fig. 417. — Sutures après la section verticale du périnée et son dédoublement. Disposition des sutures, l'opération terminée.

au dédoublement la suture isolée du rectum et du vagin; de plus, il réalise le relâchement du sphincter anal en incisant ce muscle en arrière et en réunissant au-dessus de lui la muqueuse. Félizet ne suture pas l'orifice vaginal, mais débride l'orifice rectal jusqu'à l'anus en incisant de haut en bas tout le feuillet postérieur du dédoublement; cette dernière manœuvre ne me paraît offrir aucun avantage.

**Opération par le vagin.** — C'est celle qu'on peut essayer tout d'abord dans les petites fistules non compliquées de cicatrices rendant le vagin inextensible, lorsque le périnée est à peu près intact et que la fistule est située très haut, ce qui demanderait un grand délabrement pour l'atteindre par la voie périnéale; mais, ainsi que je l'ai dit précédemment, les chances de succès sont bien moindres que par cette dernière.

Opération par le vagin.

<sup>1</sup> A. GUÉRIN. *Élém. de chir. opérat.*, 5<sup>e</sup> édit. Paris, 1874, p. 677.

<sup>2</sup> QUÉNU. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 593.

<sup>3</sup> FÉLIZET. *Ibid.*, p. 701 (Rapport de P. Second).



L'opération par le vagin est, en tous cas, très préférable à l'opération par le rectum. En effet, la vulve se laisse bien mieux distendre que l'anus, en arrière duquel existe l'obstacle du coccyx; la muqueuse vaginale est plus ferme, se prête mieux à l'avivement et saigne moins; enfin et surtout la suture est moins exposée à l'infection.

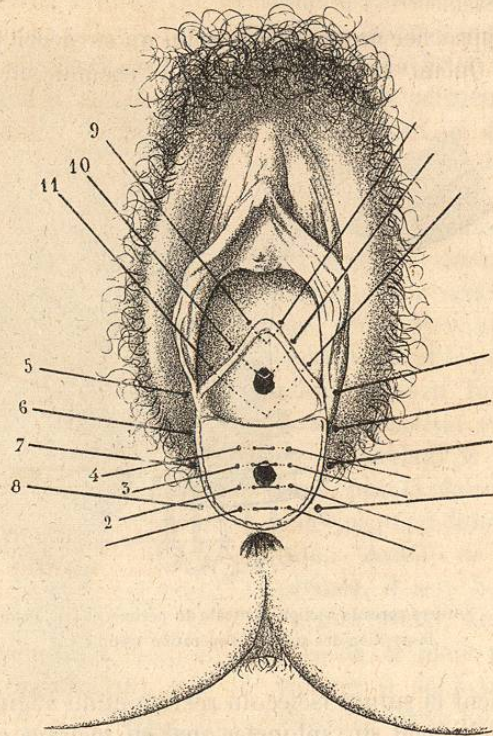


Fig. 418. — Sutures du vagin, du rectum et du périnée après le dédoublement simple du périnée, sans section verticale préalable.

1 2 3 4. Sutures perdues de Lauenstein (soie) fermant l'orifice rectal. — 5. 6. 7. 8. Fils profonds (argent) pour l'affrontement périnéal. — 9. 10. 11. Fils vaginaux (argent) dont l'anse passe en avant de l'orifice vaginal qu'ils doivent obturer (Sänger).

Avivement avec perte de substance.

**Procédé d'avivement simple, avec perte de substance.** — La malade est mise dans la position dorso-sacrée, le vagin est étalé avec une valve plate supérieure et des rétracteurs latéraux. Les abords de la fistule sont fixés par des pinces tire-balles. On peut faire soulever la cloison recto-vaginale par le doigt d'un aide ou se borner à la soutenir par un tamponnement à la gaze iodoformée. Il vaut mieux que le chirurgien ne mette pas les doigts dans l'intestin pour ne pas les souiller, quelque soin qu'on ait pris, du reste, de le désinfecter très exactement par des irrigations boriquées.

On fait l'avivement très profond en disséquant le revêtement du trajet, s'il en existe, jusqu'au niveau du rectum (fig. 419). On passe des sutures allant jusqu'à la muqueuse rectale (fig. 420) et cheminant sous toute l'étendue de la plaie qui a la forme d'un entonnoir. On passe ensuite les sutures superficielles comprenant seulement la muqueuse et alternant avec les précédentes. Ce n'est que lorsque celles-ci sont serrées qu'on serre les sutures profondes. Il vaut mieux employer le fil d'argent qui est le plus facile à maintenir aseptique. Afin d'émousser les extrémités de ces fils on y écrasera un tube de Galli et on le coupera ras au-dessus. Il faut avoir soin de disposer la ligne de suture dans le sens où il y aura le moins de

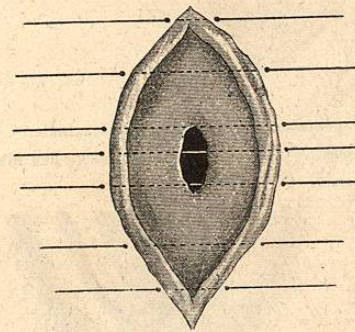


Fig. 419. — Opération de la fistule recto-vaginale. Avivement avec perte de substance par le vagin. Sutures profondes.

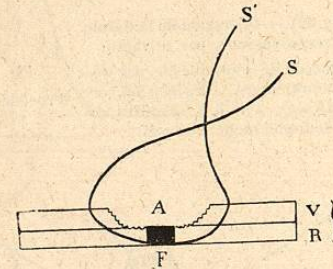


Fig. 420. — Opération de la fistule recto-vaginale par l'avivement vaginal. Trajet des sutures profondes.

tiraillement; pour les grandes perforations c'est généralement dans le sens transversal. Si la perforation était très large et dans le voisinage immédiat du col, on devrait suivre l'exemple de Simon et aviver la lèvre antérieure pour l'unir au bord inférieur de la fistule; les règles seraient alors déversées dans le rectum.

**Autoplastie par dédoublement.** — Ce mode d'avivement, qui a été mis en usage pour la fistule vésico-vaginale d'abord par des chirurgiens français, puis qui a été repris récemment en Allemagne et dont j'ai donné la description, d'après Walcher (p. 938), a été aussi appliqué aux fistules recto-vaginales. Sänger lui a dû un beau succès. Sa technique se rapproche de celle de Walcher: il y joint une suture protectrice du côté du rectum. Voici, du reste, comment il décrit sa manière de faire<sup>1</sup>.

Dans un premier temps, l'index gauche est introduit dans le rectum et le champ opératoire mis à découvert et tendu par des

Autoplastie par dédoublement.

<sup>1</sup> SÄNGER, *loc. cit.*



pincettes convenablement disposées. Une incision verticale dépassant la

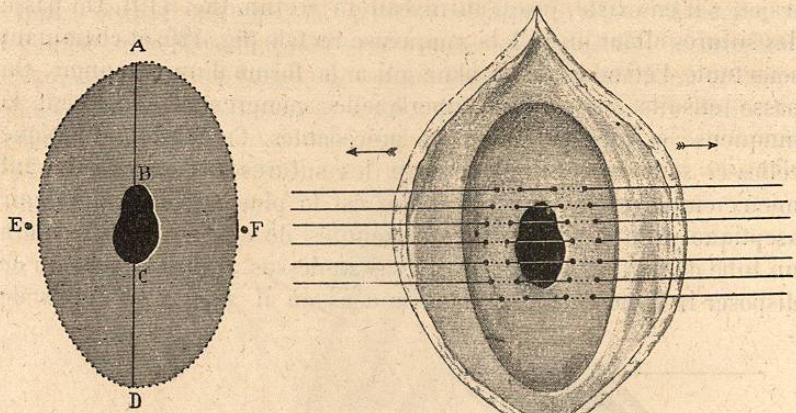


Fig. 421. — Opération de la fistule recto-vaginale par le vagin.

Procédé de l'autoplastie par dédoublement. A D. Incision verticale; A. E. B. F. Limites du dédoublement (Sänger).

Fig. 422. — Opération de la fistule recto-vaginale. Procédé de l'autoplastie par dédoublement. Passage des fils profonds.

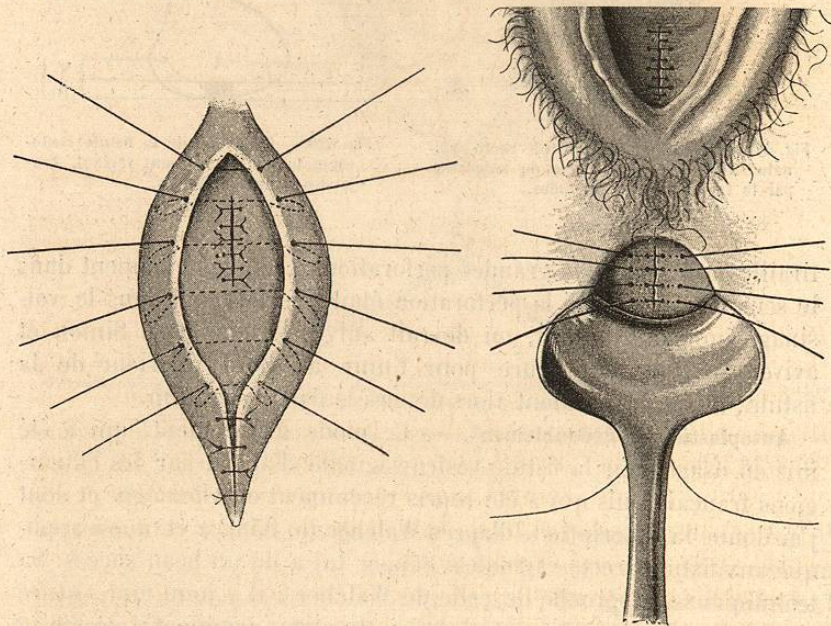


Fig. 423. — Opération de la fistule recto-vaginale. Autoplastie par dédoublement.

Sutures serrées au niveau de l'orifice rectal. Sutures profondes de l'orifice vaginal non encore serrées (Sänger).

Fig. 424. — Opération de la fistule recto-vaginale. Autoplastie par dédoublement.

Les sutures vaginales sont placées. Introduction des sutures protectrices au niveau du rectum (Sänger).

fistule en haut et en bas de 1 centimètre 1/2 environ est pratiquée

sur la ligne médiane et va jusqu'au rectum exclusivement (fig. 421). Les lambeaux vaginaux sont décollés autour de la fistule. Après rétraction des bords de ces lambeaux, la fistule se trouve placée au milieu d'une surface dénudée de forme elliptique.

La perforation rectale est fermée par six à huit sutures perdues de soie fine placées suivant le procédé de Lauenstein (fig. 418). Puis les deux lambeaux vaginaux sont suturés au-dessus de la fistule par des

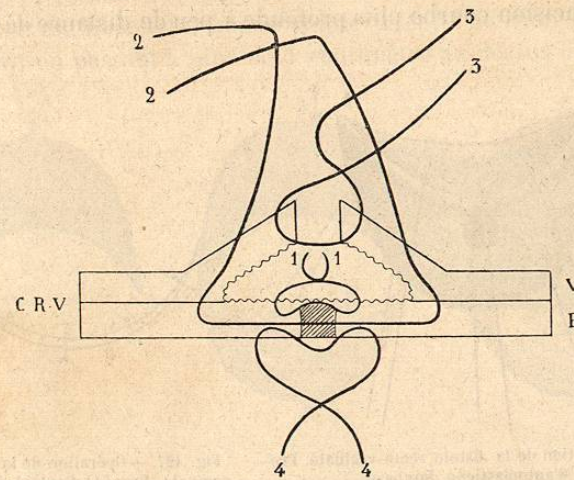


Fig. 425. — Opération de la fistule recto-vaginale (schéma pour montrer la disposition des sutures).

1. 1. Sutures perdues de la surface rectale de la fistule. — 2. 2. Sutures vaginales profondes — 3. 3. Sutures vaginales superficielles. — 4. 4. Sutures protectrices du côté du rectum (Sänger).

points profonds (fig. 423) au crin de Florence et superficiels (fig. 425) à la soie. Sänger fait enfin une dernière série de sutures protectrices du rectum pour empêcher les matières fécales de s'insinuer entre les surfaces affrontées. Pour cela il place la malade dans la position de Trendelenburg et dilate le rectum. La fistule ainsi mise à nu est suturée sans autre avivement par des points à la soie fine (fig. 424 et 425). La malade de Sänger était complètement guérie au bout de seize jours<sup>1</sup>.

**Autoplastie par glissement.** — Ce procédé, dont on pourrait retrouver la première idée chez les anciens chirurgiens, a été de nouveau

Autoplastie par glissement.

<sup>1</sup> SINGER (*loc. cit.*) insiste particulièrement sur le mode de suture de la fistule (suture de LAUENSTEIN) au-dessous des lambeaux. Il ne faut pas craindre de multiplier les points de façon à rendre l'affrontement plus exact. La soie de Chine, bouillie dans une solution d'acide phénique à 5 pour 100 et conservée dans une solution de sublimé à 1 pour 500, lui semble préférable au catgut dont la résorption est trop rapide.