

employé avec succès par Fritsch<sup>1</sup> et par Le Dentu<sup>2</sup> pour les petites fistules situées haut dans le vagin. C'est un véritable procédé autoplastique consistant en un lambeau vaginal qu'on taille au-dessus de la fistule et qu'on fait glisser au devant d'elle comme un tiroir (fig. 426 et 427).

On fait d'abord une incision courbe A B le long du bord supérieur de la fistule F. On décolle la muqueuse au-dessous de cette incision dans une petite étendue, jusqu'à C. On fait en ADB une seconde incision courbe plus profonde à peu de distance de la fistule.

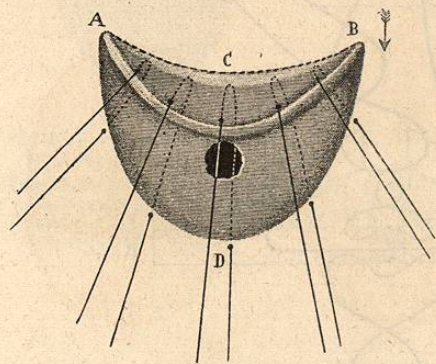


Fig. 426. — Opération de la fistule recto-vaginale. Procédé d'autoplastie à lambeau. Disposition des lambeaux et des sutures (Fritsch).

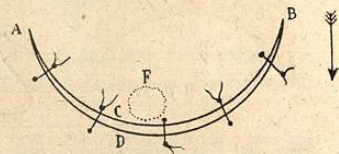


Fig. 427. — Opération de la fistule recto-vaginale. Procédé d'autoplastie à lambeau. Les fils sont serrés (Fritsch).

et l'on excise, si cela est nécessaire, entre les deux incisions, un petit lambeau en forme de croissant formé par les tissus cicatriciels indurés. On attire alors en bas le lambeau supérieur et on le suture au bord inférieur de la plaie, en faisant cheminer les fils sous la surface cruentée. Fritsch a obtenu ainsi quatre succès; Säger a eu un échec.

Le Dentu a mis en usage avec succès un procédé identique quant à son principe, mais qui diffère du précédent par divers détails d'exécution. Voici la description<sup>3</sup> qu'il a donnée de cette *autoplastie par glissement à lambeaux superposés et à disposition valvulaire*.

« 1° Introduire dans le rectum l'index de la main gauche revêtue d'un gant en caoutchouc. Cette précaution permet de se servir de ce même index dans le cours de l'opération, sans risquer d'infecter la plaie. La cloison recto-vaginale, refoulée vers le vagin et lar-

<sup>1</sup> FRITSCH. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 804.

<sup>2</sup> LE DENTU. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1890, t. XVI, p. 590 et suiv.

<sup>3</sup> LE DENTU. *Loc. cit.*, p. 590.

gement développée, se présente dans de bonnes conditions pour les sections et les dissections nécessaires. Ce refoulement pourrait être obtenu par d'autres moyens. Le doigt d'un aide, ou même un petit ballon de Petersen modérément distendu remplirait le même office, mais avec cette différence que le chirurgien se rend mieux compte, avec son propre doigt, de l'épaisseur de la cloison et de la marche de ses dissections. Voilà pourquoi l'emploi du gant de caoutchouc est peut-être préférable à tout autre moyen.

2° Avec un bistouri à bonne pointe tracer l'incision courbe ABC (fig. 428), en passant à plus de 1 centimètre au-dessus de la fistule;

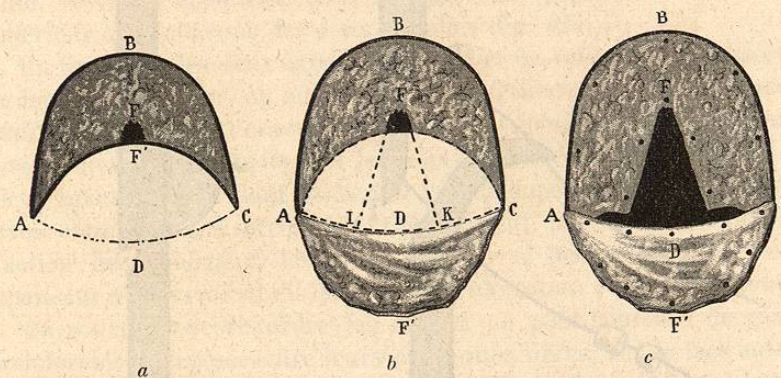


Fig. 428. — Opération de la fistule recto-vaginale par autoplastie et glissement. Disposition du lambeau et de l'avivement. (Le Dentu.)

tracer ensuite l'incision également courbe AF'C, qui devra passer au niveau du bord inférieur de la fistule. Aviver la muqueuse vaginale dans toute l'étendue du croissant circonscrit par les incisions ABC et AF'C.

3° Disséquer la muqueuse vaginale de haut en bas à partir de l'incision AF'C, jusqu'à une ligne représentée (fig. 428, a) par un pointillé ADC. Le point D de cette ligne courbe, représentant la base du lambeau disséqué, devra se trouver à 1 bon centimètre au-dessous de la fistule, de façon à ce que la distance F'D soit égale ou seulement un peu inférieure à la distance BF.

4° Le lambeau AF'CD étant renversé vers l'anus (fig. 428, b) le chirurgien a sous les yeux une large surface avivée formée d'une part par l'avivement ABCF' fait aux dépens de la muqueuse vaginale, et d'autre part par la dissection du lambeau AF'CD. L'opération consiste essentiellement à faire remonter ce lambeau et à l'adapter par sa face cruentée à la surface avivée ABCF'; mais si l'on se contentait de ce glissement, on créerait à la base de ce lambeau un cul-de-sac dans lequel s'accumuleraient les matières passant par la fistule. Il est



donc de toute nécessité de supprimer ce cul-de-sac; on y arrive par le temps que voici :

5° Avec des ciseaux, supprimer le triangle FIK (fig. 428, b), taillé

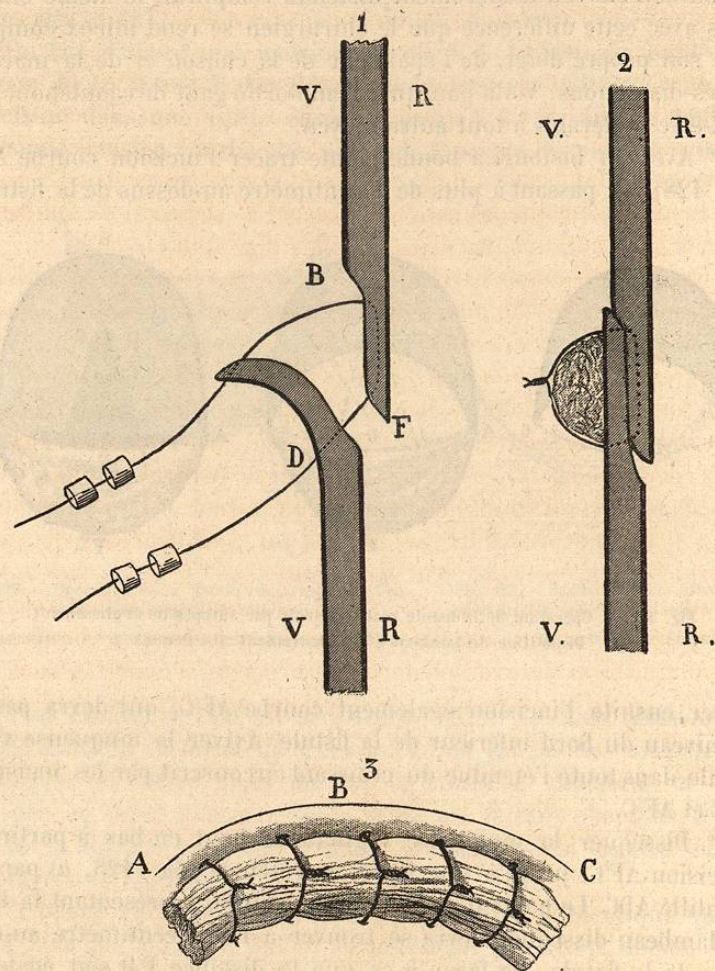


Fig. 429. — Opération de la fistule recto-vaginale par autoplastie et glissement.  
Disposition des sutures (Le Dentu).

aux dépens des tissus situés au-dessous de la fistule. Débrider de chaque côté le lambeau supérieur sur la moitié des lignes AI et KC (fig. 428, c). De cette façon le rectum est largement ouvert au-dessous de la fistule et il n'existe plus de cul-de-sac entre elle et la base D du lambeau ADCF.

Il reste à placer les sutures. Ce temps demande un soin particu-

culier. Il faut avoir sous la main une dizaine de fils d'argent ou de soie assez fins, enfilés par leurs deux extrémités à des aiguilles également assez fines et offrant une courbure moyenne. Suivant l'étendue de la fistule, il faut s'attendre à utiliser de 5 à 8 de ces fils, davantage si ses dimensions sont très considérables. Ces fils se posent de la manière suivante :

6° Avec une aiguille portant l'une des extrémités d'un fil, pénétrer dans le point B du lambeau supérieur, taillé aux dépens de la muqueuse rectale, et sortir en F après avoir fait cheminer le fil dans l'épaisseur du lambeau, autant que possible sans entrer dans le rectum. Traverser ensuite les points D (base) et F' (sommet) du lambeau inférieur avec chacune des deux aiguilles (fig. 429, 1).

En tirant sur les deux extrémités du fil et en refoulant en arrière le lambeau inférieur, on adapte sa face postérieure cruentée à la face antérieure également cruentée du lambeau supérieur. Il suffit, pour maintenir l'adaptation, de fixer les deux extrémités du fil au moyen de deux tubes de Galli dont on écrase le plus superficiel, mais il faut avoir soin de ne pas serrer du tout. Autrement, par suite de la tuméfaction des lambeaux, les tubes de Galli se perdraient dans leur épaisseur et pourraient en déterminer l'ulcération et la perforation.

On pourrait encore tordre les fils sur un petit bourrelet de gaze iodoformée interposée entre leurs extrémités libres, sur la face antérieure du lambeau inférieur (fig. 429, 2). En tout cas, il faut rejeter entièrement la torsion des fils directement par-dessus le lambeau, sans interposition de gaze iodoformée, de façon à éviter le froncement qui aurait pour résultat de diminuer les surfaces d'affrontement. L'emploi des tubes de Galli ou la torsion par-dessus un petit bourrelet de gaze, assurent l'étalement de ces surfaces et augmentent ainsi les chances de succès.

Tous les fils sont placés successivement de la même façon.

Une fois les sutures terminées, le lambeau inférieur recouvre entièrement le lambeau supérieur (fig. 429, 3). La fistule est complètement supprimée, et la muqueuse rectale qui forme la face postérieure du lambeau supérieur, débordant un peu la ligne de réunion du côté du rectum, constitue une petite valvule sur laquelle les gaz et les matières glissent tout naturellement vers l'anus. Il ne peuvent avoir aucune tendance à remonter vers le vagin, en s'insinuant entre les lambeaux. »

**Opération par le rectum.** — Les fistules situées dans la partie supérieure du vagin résistent, parfois, à tout essai d'oblitération par cette voie (Simon). Il peut aussi arriver qu'une fistule recto-vaginale coexiste avec une fistule vésico-vaginale, et que l'incision des masses cicatricielles du vagin, nécessaire pour bien exposer la perforation

Opération par le rectum.



rectale, risque d'amener une incontinence d'urine en relâchant trop les parois vaginales dont la rétraction maintient seule les parois de l'urèthre en contact (Emmet). On a cru devoir, dans ces cas-là, attaquer la fistule par le rectum.

On place la femme dans la position genu-pectorale ou dans la position latérale de Sims; on commence par faire la dilatation forcée du sphincter anal, afin de briser sa résistance; on étale la cavité rectale avec des valves courtes et des rétracteurs; on attire et on immobilise les abords de la fistule avec des pinces et des crochets. L'irrigation continue opératoire rendra de grands services en chassant le sang que l'avivement fait couler avec assez d'abondance. On aura soin de s'aider du doigt introduit dans le vagin. La suture offre ici quelque chose de particulier: on fera, d'après les préceptes de Simon, pénétrer l'aiguille au voisinage immédiat de la plaie rectale, mais on la poussera vers le vagin de manière à sortir dans ce canal à 1/2 centimètre environ des bords de la perforation. Parfois, il peut être plus facile de placer les fils par le vagin, en suivant l'ordre inverse. On devra surtout prendre garde à éviter l'interposition de la membrane muqueuse du rectum dans la plaie, où elle a tendance à s'insinuer. On emploiera le fil d'argent et les tubes de Galli, comme dans la suture vaginale; les extrémités des fils seront placées dans le rectum et recouvertes d'une bandelette de gaze iodoformée ressortant par l'anus.

Soins prélimi-  
naires et consécutifs.

**Soins préliminaires et consécutifs.** — Un traitement préalable est nécessaire pour préparer la malade à l'opération; purgatifs répétés, lavements, demi-diète, enfin antisepsie exacte du vagin et du rectum. On fera bien d'y joindre l'antisepsie intestinale par l'administration de naphthol et de salicylate de bismuth.

Le pansement consistera dans l'application de poudre d'iodoforme et de gaze antiseptique renouvelée tous les jours. Il faudra sonder la malade dans les premiers temps pour éviter que l'urine ne coule sur la vulve et sur les sutures.

Doit-on constiper les opérées? Quelques auteurs le soutiennent et administrent l'opium pendant dix à douze jours, espérant qu'à cette époque la cicatrice sera assez forte pour résister aux matières fécales solides qui doivent alors être expulsées. D'autres chirurgiens, redoutant cette débâcle, préfèrent administrer des laxatifs; mais les matières liquides s'insinuent dans les sutures et les infectent. Hegar recommande la conduite suivante qui me paraît très judicieuse: on purge fortement la malade avant l'opération et l'on ne lui laisse prendre que du lait et des potages pendant les trois premiers jours; le soir du quatrième jour on administre une petite dose de calomel et le

lendemain matin un verre d'eau minérale purgative; après la seconde selle, on arrête le besoin d'évacuation par un peu d'opium. On provoque ainsi des selles toutes les quarante-huit heures.

On peut laisser en place durant quinze jours les sutures métalliques si elles ne coupent pas: on les retirera toujours du côté où elles ont été tordues et fixées. Quant aux sutures de soie, elles s'infectent au bout de huit jours et ne peuvent être gardées plus longtemps sans provoquer de l'inflammation.

### Fistules entéro-vaginales<sup>1</sup>.

On désigne ainsi les communications qui peuvent s'établir entre le vagin et l'intestin (le rectum excepté).

Définition.

On pourrait appeler ces fistules un *anus contre nature vaginal* ou une *fistule stercorale-vaginale*, selon leur degré d'amplitude et la quantité de matières qu'elles laissent passer.

Une des premières observations de ce genre a été publiée par Mac-Keever<sup>2</sup>. D'autres sont dues à Roux<sup>3</sup>, Casamayor<sup>4</sup>, Ashwell, Breitzmann, Simon, Demarquay<sup>5</sup>, etc. L.-H. Petit<sup>6</sup> a rassemblé tous les faits épars dans la science et les a exposés dans une très consciencieuse monographie.

Étiologie.

**Étiologie.** — Dans la grande majorité des cas, c'est la rupture du cul-de-sac postérieur du vagin, durant l'accouchement, qui est l'origine de la lésion. Une anse intestinale passe par la perforation, devient adhérente et se mortifie plus ou moins complètement, soit par un rapide travail d'étranglement, soit par un lent processus d'ulcération. Les traumatismes directs peuvent avoir le même effet, mais sont excessivement rares; il en est de même des blessures faites par les instruments du chirurgien durant certaines opérations, par exemple pendant l'hystérectomie vaginale; la suppuration de kystes dermoïdes ou de grossesses extra-utérines ouvertes à la fois dans le

<sup>1</sup> Je me bornerai à mentionner les *fistules entéro-utérines* qui sont des lésions excessivement rares, dont la symptomatologie est encore mal définie. Je renvoie pour leur étude au mémoire de L.-H. PETIT. *Anus contre nature iléo-vaginal et fistules intestino-utérines* (Ann. de Gyn., 1882, t. XVIII, p. 401; Ibid., 1885, t. XIX, p. 355, et t. XX, p. 22).

<sup>2</sup> MAC-KEEVER *Practical remarks on laceration of the uterus and vagina, with cases*, Londres, 1824, p. 41 à 58.

<sup>3</sup> ROUX. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 10 avril 1828. — *La Clinique des hôp.*, 1828, n° 25, p. 129.

<sup>4</sup> J.-A.-L. CASAMAYOR. *Journ. hebdomadaire de méd. de Paris*, 1829, t. IV, p. 170.

<sup>5</sup> DEMARQUAY. *Gaz. méd. de Paris*, 1867, p. 341.

<sup>6</sup> L.-H. PETIT. *Loc. cit.*



vagin et l'intestin est une cause exceptionnelle. Quant aux perforations cancéreuses, elles ne rentrent pas dans le cadre des lésions permanentes que nous étudions.

Anatomie pathologique.

**Anatomie pathologique.** — Le cul-de-sac postérieur du vagin est le siège presque exclusif de l'ouverture anormale. Breitzmann<sup>1</sup> et Dahlmann<sup>2</sup> ont vu la fistule s'ouvrir dans le cul-de-sac antérieur. La portion de l'intestin le plus souvent atteinte est la dernière partie de l'iléon; on a aussi observé des fistules de l'S iliaque.

L'orifice est très large quand la totalité d'une anse intestinale a été éliminée; il peut être double, séparé par un éperon; ce cas est pourtant très rare. D'autres fois, il s'agit d'un simple pertuis. On a vu des brides cicatricielles exister dans le voisinage et rétrécir le vagin. Le col utérin est altéré par la métrite que provoque l'infection constante du vagin, qui est lui-même enflammé.

Le bout inférieur de l'intestin a une grande tendance à s'atrophier et à s'oblitérer; dans le fait de Casamayor, il était transformé en une bride solide. Il y a parfois coïncidence de fistules vésico-vaginales.

Si une fistule a lieu par l'intermédiaire d'une cavité kystique, elle peut être appelée *iléo-kysto-vaginale* (Petit).

Symptômes.

**Symptômes.** — Quand la communication est très large, la majeure partie ou la totalité des matières peuvent passer dans le vagin: il existe en un mot un *anus vaginal*. Les matières apparaissent environ deux heures après le repas, avec l'aspect des aliments incomplètement digérés et mélangés de bile, ayant la consistance d'une purée. La nature des selles et le moment de leur apparition constituent deux signes précieux pour la détermination exacte du point où siège la perforation. On peut parfois la sentir par le toucher, et on la découvre assez facilement, en étalant les parois vaginales avec des valves et des écarteurs, et en mettant la malade tour à tour dans diverses positions.

Quand la perforation est petite, il faut quelquefois la rechercher à plusieurs reprises pour la découvrir.

La menstruation est souvent arrêtée, ce qu'on peut attribuer surtout à l'affaiblissement des malades, qui sont épuisées par l'inanition, résultat d'une absorption incomplète des aliments. Cependant, une malade de Mac-Keever devint enceinte.

Il peut se faire qu'une petite fistule guérisse spontanément, sous l'influence d'une bonne hygiène et de soins de propreté minutieux. Mais si la perforation est large, la lésion est généralement définitive:

<sup>1</sup> BREITZMANN. *Med. Zeit. preuss. Vereins*, 26 juin 1844, p. 122.

<sup>2</sup> DAHLMANN. *Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd. XV, p. 122.

les malades meurent dans le marasme. Petit cite deux cas exceptionnels où la guérison est survenue, après le sphacèle d'une anse d'intestin grêle.

**Diagnostic.** — Dès qu'on a reconnu l'existence de matières intestinales dans le vagin, et qu'on s'est assuré qu'elles doivent provenir d'une communication anormale, il reste à préciser leur origine. On recherchera l'orifice en dépliant les anfractuosités et en y promenant le stilet. Si l'on ne le trouve pas, on dilatera le col de l'utérus et l'on dirigera les investigations de ce côté.

Diagnostic.

La portion de l'intestin où siège la perforation sera soupçonnée par le caractère des matières rendues. Celles qui proviennent de l'intestin grêle sont très liquides, verdâtres ou jaunâtres; on y reconnaît des parcelles d'aliments, en particulier de légumes (peau de haricots, de lentilles, etc.), que n'attaquent pas les sucs digestifs. Les selles apparaissent deux à trois heures après le repas, s'il s'agit de la partie terminale de l'iléon; surviennent-elles plus rapidement, c'est que l'abouchement intestinal siège plus haut; surviennent-elles plus tard et offrent-elles une consistance plus solide, un aspect fécal, c'est l'S iliaque qui est perforé.

On recherchera avec soin l'état de l'orifice, en se gardant de l'erreur qui consisterait à prendre le col utérin voisin pour un second orifice fistuleux. Si l'on en trouve deux, séparés par un éperon, on distinguera le bout supérieur, à ce qu'il donne issue aux matières; on reconnaîtra la perméabilité et la direction des deux bouts par un cathétérisme prudent avec une sonde flexible. Si le vagin est très étroit et ne permet pas l'examen, on a conseillé les lavements de lait: on peut aussi progressivement dilater ou sectionner les brides en une ou deux séances. Le toucher rectal sera toujours fait avec soin, pendant qu'on pratique le cathétérisme de la fistule, et l'on s'assurera ainsi qu'elle aboutit au-dessus du point où le doigt peut atteindre.

**Traitement.** — S'il s'agit d'une petite fistule, donnant lieu à l'issue d'une faible quantité de matières et n'intéressant évidemment qu'une portion latérale de l'intestin, on peut d'abord s'adresser à la *cautérisation* avec le thermocautère, tout comme s'il s'agissait d'une fistule recto-vaginale. Après quelques essais infructueux, on aurait recours à l'avivement large et à la suture.

Traitement.  
Cautérisation.

Bien différente est la situation, quand la perforation de l'intestin est terminale et que la totalité des matières passe dans le vagin. Le meilleur plan opératoire semble alors être celui qui a été suivi, avec succès, par O. W. Weber et C. Heine<sup>1</sup>: il consiste à rétablir d'abord

Section de l'éperon; avivement et suture.

<sup>1</sup> VOIR BREISKY. *Die Krankh. der Vagina*, Stuttgart, 1886, p. 202.



la continuité du tube digestif par la section de l'éperon, de manière à transformer l'anus vaginal en fistule stercorale-vaginale. puis à oblitérer cette dernière par l'avivement et la suture.

Pour la section de l'éperon, ces auteurs se sont servis de l'entérotome de Dupuytren. Verneuil recommande de simples pinces longues à arrêt; afin de rendre la constriction plus douce et la mortification moins rapide, je conseille de chauffer les mors avec un tube de caoutchouc et de serrer progressivement les crans de l'encliquetage des branches.

Laparotomie et entérorrhaphie.

Dans les cas où l'on n'obtiendrait aucun résultat par cette méthode, on serait autorisé, je crois, à faire la laparotomie, à détacher les deux bouts adhérents au cul-de-sac vaginal, à suturer celui-ci, puis à aviver et à suturer l'un à l'autre les bouts de l'intestin. Cette opération serait la seule rationnelle pour une fistule entéro-utérine. Si le bout inférieur était oblitéré ou notablement rétréci, on aboucherait le bout supérieur à la partie la plus voisine du gros intestin. Les progrès de la chirurgie abdominale légitiment parfaitement aujourd'hui une pareille intervention, dont l'initiative, autrefois un peu téméraire, revient à Roux<sup>1</sup>.

Abouchement du bout supérieur au rectum.

Un procédé qui est, assurément, tout aussi dangereux, est celui de l'abouchement au rectum du bout supérieur, préalablement détaché et inséré dans une boutonnière de la cloison recto-vaginale, selon l'idée émise par Jobert.

Le colpocleisis, ou oblitération du vagin au-dessous de la fistule, précédé d'une large communication entre le rectum et le vagin, a été inspiré à Simon par son opération similaire pour la cure indirecte de la fistule vésico-vaginale. On ne devrait s'y résoudre, qu'après avoir préalablement oblitéré l'utérus par un hystéro-stomato-cleisis.

Création d'une voie de dérivation des matières vers le rectum.

Le procédé de Casamayor<sup>2</sup> est préférable: il consiste dans la création d'une voie de dérivation des matières vers le rectum, en aval de la fistule vaginale. Pour arriver à ce but, Casamayor introduisit dans l'intestin, par la fistule, l'une des branches de pinces longues et courbées dans le sens du sacrum; il fit passer l'autre branche par le rectum. Elles furent alors articulées et, après s'être assuré qu'elles ne comprenaient entre elles que les parties à diviser, il les serra.

<sup>1</sup> Roux (cité par L.-H. PETIT, *loc. cit.*, obs. XI) pratiqua la laparotomie, fit la résection de l'intestin détaché du cul-de-sac vaginal et se proposa de suturer le bout supérieur à la portion descendante du colon, en oblitérant le bout inférieur du petit intestin. Mais, par suite d'une mauvaise technique opératoire, il prit le bout supérieur du colon pour l'inférieur et aboucha l'une à l'autre les deux extrémités stomacales du tube digestif, ainsi qu'on le vérifia à l'autopsie.

<sup>2</sup> CASAMAYOR. *Loc. cit.*, p. 170.

Une eschare fut ainsi obtenue et, après sa chute, les matières purent directement passer dans le rectum; mais elles continuèrent aussi à passer par le vagin, et la malade succomba un mois après.

Verneuil<sup>1</sup> a proposé de modifier ainsi la technique de Casamayor: 1° à l'aide d'un trocart courbe, perforer la cloison recto-vaginale à 1 centimètre au-dessous de la fistule, puis passer un tube de caoutchouc; 2° perforer de la même manière la cloison iléo-rectale à 3 centimètres environ au-dessus de la première ponction, et passer un second tube de caoutchouc; 3° réunir solidement les deux chefs rectaux; on a ainsi une anse dont les deux chefs sortent par le vagin, l'un par l'anus anormal, l'autre au-dessous, et dont la partie moyenne répond à la cloison qu'il s'agit de diviser. Il ne reste qu'à serrer ces fils qui, par leur élasticité, opéreront la section.

Verneuil n'a pas eu l'occasion de mettre en pratique cet ingénieux procédé. On ne peut donc savoir si la dérivation ainsi établie vers le rectum suffirait à provoquer l'oblitération de la perforation vaginale.

## CHAPITRE IV

### DU VAGINISME

Définition. Division. — Aperçu historique. — Étiologie. Pathogénie. — Anatomie pathologique. — Symptômes. Hyperesthésie avec contracture. Hyperesthésie sans contracture. — Diagnostic. Vaginisme supérieur. — Traitement. Antispasmodiques. Excision de l'hymen. Dilatation. Section du nerf honteux interne et du sphincter vaginal. Electricité.

Définition. Division. — Le vaginisme, ou *vaginodynîe* (Simpson), *spasmus vaginæ* (Kiwisch), consiste dans une hyperesthésie anormale des organes génitaux externes pouvant aller jusqu'à la contracture spasmodique du constricteur du vagin, et même des autres muscles du plancher pelvien. Il existe trois classes distinctes de cette maladie, ou, pour mieux dire, trois types particuliers :

Définition. Division.

<sup>1</sup> Voir L.-H. PETIT. *Loc. cit.*