

VII

FISTULES URINAIRES CHEZ LA FEMME.

Les fistules urinaires de la femme sont des fistules *génito-urinaires*, par suite des rapports intimes qui existent entre les organes urinaires et les organes génitaux. Elles peuvent donc faire communiquer ensemble ces organes dans tous les points où ils sont en contact, et l'on conçoit facilement la possibilité de combinaisons multiples dans ces communications. La vessie peut communiquer avec le vagin (*fistule vésico-vaginale*), avec l'utérus (*fistule vésico-utérine*), à la fois avec le vagin et l'utérus (*fistule vésico-utéro-vaginale*). La communication peut s'établir entre l'urèthre et le vagin (*fistule uréthro-vaginale*), entre l'uretère et l'utérus ou le vagin (*fistule urétéro-utérine* ou *urétéro-vaginale*).

Toutes ces fistules reconnaissent pour cause, dans l'immense majorité des cas, une *pression* forte et prolongée exercée par la tête fœtale dans le petit bassin pendant l'accouchement. La pression produit une eschare sur une partie des organes et une perte de substance à laquelle succède la fistule. Celle-ci peut être produite aussi par des instruments, forceps, céphalotribes, ayant violemment pressé le vagin contre le bassin, ou par des blessures directes dans l'ablation d'une tumeur abdominale (hystérectomie vaginale), quelquefois par une chute sur un corps pointu. L'ulcération des parois vaginales par des corps étrangers (pessaires ou objets introduits par lubricité), ou des parois vésicales par un calcul ou des corps étrangers de la vessie, peut établir une communication entre le vagin et le réservoir urinaire.

Enfin des ulcérations cancéreuses, syphilitiques, phagédéniques, de la paroi vaginale et plus rarement des abcès siégeant en ce point, peuvent mettre en communication la vessie et le vagin.

Les fistules génito-urinaires de la femme et particulièrement les fistules vésico-vaginales ont été l'objet d'un nombre de travaux considérables, dont l'énumération ne saurait entrer dans le cadre de cet ouvrage. Mais il est indispensable, dans cette question, de citer quelques noms qui y sont intimement attachés, et de mettre en première

ligne Jobert de Lamballe (*Traité de chirurgie plastique*, Paris, 1849, et *Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales et recto-vaginales*, 1852), puis Marion Sims (*American Journal*, 1852) et Bozeman (1856) en Amérique, et Gustave Simon en Allemagne (1854). Le traité de Deroubaix (1870) contient d'importants documents historiques et de précieux renseignements sur la question.

A. FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

Les fistules vésico-vaginales font communiquer directement la vessie avec le vagin.

Anatomie pathologique. — Le siège de la communication anormale est très variable. La fistule peut siéger : 1° au bas-fond de la vessie et à l'extrémité la plus profonde du vagin; la cloison vésico-vaginale est détruite à son insertion au col de l'utérus et celui-ci peut être entamé par la perte de substance dans ses couches superficielles; 2° plus en avant, la perte de substance occupe le bas-fond de la vessie et la cloison vésico-vaginale proprement dite, laissant intacte l'insertion du vagin au col utérin; 3° plus en avant encore, elle intéresse la vessie au niveau de son col.

L'orifice fistuleux varie entre quelques millimètres et 1, 2, 3 centimètres et même plus; les bords ne sont quelquefois représentés que par l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale; ils sont constitués par l'adhésion de la muqueuse vaginale et de la muqueuse vésicale. D'autres fois le pourtour de la fistule est dur, épais, calleux; il peut adhérer aux branches ischio-pubiennes.

La vessie n'étant plus distendue par l'urine, diminue souvent de capacité et la muqueuse de sa face antérieure vient quelquefois s'engager, sous forme d'un bouchon rougeâtre, à travers l'orifice fistuleux.

L'urèthre est quelquefois rétréci, et dans quelques cas on l'a vu oblitéré sur une partie de son étendue. Plus souvent il peut se trouver dévié.

Le vagin est en général sillonné de brides nombreuses étendues d'un côté à l'autre de la fistule ou d'une paroi du vagin à la paroi opposée. Sa capacité se trouve réduite et quelquefois il est cloisonné; il peut être tellement rétréci que l'orifice fistuleux est inaccessible

au doigt et à l'œil. L'écoulement des urines et du sang menstruel peut être rendu difficile par cette disposition.

Dans ces anfractuosités cicatricielles on a vu l'urine déposer des concrétions calculeuses et donner même lieu à la formation de véritables calculs.

L'une des lèvres ou les deux lèvres du col utérin sont quelquefois détruites et l'orifice du museau de tanche ne peut être découvert; le vagin finit en infundibulum.

Des lésions ascendantes peuvent se produire à la longue du côté des uretères et des reins.

Symptômes. — Les symptômes se réduisent à l'écoulement incessant de l'urine par la vulve, à l'inflammation de tout le conduit vulvo-vaginal, qui est rouge, excorié, de même que la partie interne des cuisses, à la présence de matières calcaires sur les bords de la fistule et dans le vagin, à une odeur urineuse exhalée par les malades. L'écoulement de l'urine peut ne pas se produire dans toutes les positions et d'une manière continue; il varie avec le siège et l'étendue de la fistule, peut cesser dans la position assise ou couchée; il augmente avec la marche et toute espèce de mouvement.

Le toucher vaginal fait le plus souvent reconnaître la perte de substance si elle est un peu considérable. L'examen avec le spéculum de Sims permet d'en reconnaître tous les détails. Une sonde métallique introduite par l'urèthre se rencontre dans la vessie avec un instrument introduit par l'orifice fistuleux.

On voit l'urine sourdre par celui-ci d'une manière continue ou intermittente, suivant la position que l'on fait prendre à la femme.

Dans les cas douteux où la fistule est petite et son siège indéterminé, une injection colorée poussée dans la vessie par l'urèthre vient sourdre goutte à goutte par la fistule et déceler sa présence.

Pronostic. — La fistule vésico-vaginale n'entraîne un pronostic sérieux que si elle est très grande, difficilement accessible ou entourée de brides cicatricielles et de tissus indurés qui en rendent la cure spécialement difficile. L'oblitération ou le rétrécissement du vagin et de l'urèthre par des cicatrices sont des circonstances défavorables.

Dans les cas ordinaires, la guérison est à peu près certaine après une ou plusieurs interventions.

Abandonnée à elle-même, la fistule n'a aucune tendance à la cicatrisation; elle condamne les femmes à une infirmité pénible et

répugnante, et elle finit à la longue par altérer leur santé par la douleur des excoriations, la décomposition des urines et le retentissement exercé sur les reins au bout d'un certain temps (Verneuil).

Certaines ulcérations ayant succédé à l'accouchement et laissant passer l'urine pendant plusieurs mois, peuvent se cicatriser spontanément par bourgeonnement et adhésion de leurs parois; mais cet heureux résultat ne peut être espéré que dans les premiers mois qui suivent la formation de la perte de substance. Quand les muqueuses vaginale et vésicale se sont réunies au niveau du bourrelet épidermique cicatriciel, il n'y a plus aucune chance de voir l'orifice s'oblitérer; il ne peut que diminuer par la rétraction inodulaire des parties molles voisines.

Traitement. — La sonde à demeure, le tamponnement, la cautérisation ne peuvent donner de résultats que pour favoriser la cicatrisation d'une ulcération vésico-vaginale ou pour obtenir l'oblitération de fistules très étroites.

La vraie méthode consiste dans la *suture* des bords de l'orifice après *avivement*. Aujourd'hui, l'opération se fait d'après les procédés dits *américains*. Les principes de cette opération sont : 1° l'*avivement oblique* des bords de la fistule du côté du vagin par une large surface s'étendant à un centimètre et même plus des bords de l'orifice, sans intéresser la muqueuse vésicale; 2° la suture à points passés nombreux, avec des fils métalliques, sans comprendre la muqueuse vésicale dans la suture. Cette opération nécessite un certain nombre d'instruments et comporte un manuel opératoire que nous ne pouvons décrire ici.

L'avivement peut se faire aussi au thermo-cautère ou par la cautérisation à l'acide nitrique; au bout de quelques jours, les bords de la fistule recouverts de bourgeons charnus sont rapprochés par la suture ou à l'aide d'instruments spéciaux, et la réunion se fait par seconde intention (Amabile, Verneuil).

Dans certains cas exceptionnels où la fistule ne peut être oblitérée directement, on a recours à une méthode indirecte proposée par Vidal de Cassis et préconisée par G. Simon et autres, ayant pour objet de fermer la vulve (Vidal de Cassis), et mieux le vagin, par une suture à sa partie antérieure. Le vagin devient un diverticule de la vessie où s'accumule l'urine, qui est forcée de s'écouler par l'urèthre.

B. FISTULES VÉSICO-UTÉRINES.

Dans la fistule vésico-utérine, il y a communication directe entre la vessie et l'utérus au-dessus du point d'insertion du vagin au col.

Dans ce cas, la paroi vaginale est intacte et l'urine s'échappe par l'orifice du col utérin.

Anatomie pathologique. — L'orifice vésical est le plus souvent situé sur le trigone vésical ou sur la partie moyenne du bas-fond de la vessie; l'orifice utérin est situé plus ou moins haut sur le col. Les deux orifices peuvent être séparés par un trajet d'une longueur variable qui peut représenter toute l'épaisseur de la lèvre antérieure du col. Celui-ci est le plus souvent déchiqueté et quelquefois presque complètement détruit. Au contact de l'urine, il s'enflamme, se ramollit et quelquefois est profondément ulcéré. L'utérus est souvent fixé aux organes voisins et quelquefois même à la ceinture osseuse pelvienne par des brides cicatricielles consécutives aux ulcérations.

Symptômes. — L'exploration directe peut seule faire reconnaître le siège de la fistule.

On peut faire refluer l'urine dans la vessie et la forcer à couler par l'urèthre en mettant un tampon dans le col utérin.

A l'aide du spéculum, on peut voir l'urine ou un liquide injecté dans la vessie ressortir par l'orifice du museau de tanche. Un instrument métallique introduit dans le col peut choquer une sonde ayant pénétré dans la vessie, et quelquefois le doigt poussé dans le col peut reconnaître l'orifice fistuleux et sentir une sonde vésicale.

Le pronostic de la fistule vésico-utérine est beaucoup plus grave que celui de la fistule vésico-vaginale : le traitement de cette infirmité est difficile et incertain et peut donner lieu à de graves dangers.

Il consiste à inciser la lèvre antérieure du col jusqu'à ce qu'on ait atteint la fistule, à aviver les bords de celle-ci et à placer des sutures sur le col, de manière à réunir les lèvres de l'incision et de la fistule.

Si la fistule est trop élevée pour être atteinte par le chirurgien, le seul traitement à lui opposer consiste à oblitérer le col par des sutures. Le sang menstruel s'écoule alors par l'orifice fistuleux et tombe dans la vessie.

C. FISTULES VÉSICO-UTÉRO-VAGINALES.

La communication existe entre la vessie, la cavité utérine et le vagin. La perte de substance intéresse donc à la fois le col utérin et la partie supérieure du vagin. Le col peut être détruit dans une grande étendue; il peut n'être représenté que par un petit tubercule.

Ces fistules qui succèdent à de larges ulcérations sont souvent compliquées de brides et d'adhérences cicatricielles.

Quand le col est en partie intact, l'opération consiste à aviver sa lèvre antérieure et à l'appliquer contre le bord opposé de la fistule. Si la lèvre antérieure est détruite, la guérison peut être obtenue en réunissant la paroi vaginale antérieure à la lèvre postérieure du col. L'écoulement menstruel se fait alors par la vessie dans laquelle se trouve inclus l'orifice utérin.

D. FISTULES URÉTHRO-VAGINALES.

Elles siègent sur l'urèthre et sont situées en général à moins de 5 centimètres de l'entrée du vagin.

L'écoulement de l'urine n'est pas constant et ne se produit qu'au moment d'un effort volontaire de miction.

Dans quelques cas, cette fistule complique une fistule vésico-vaginale proprement dite, et si la destruction de la paroi a intéressé le sphincter vésical, il peut persister une certaine incontinence d'urine, en dépit d'une oblitération bien réussie.

L'opération ne diffère en rien de l'opération de la fistule vésico-vaginale; elle est beaucoup plus facile et n'exige pas l'emploi de la sonde à demeure.

E. FISTULES URÉTÉRO-UTÉRINES ET URÉTÉRO-VAGINALES.

On distingue des fistules *urétéro-vaginales* simples, sans participation de la vessie, dans lesquelles l'uretère s'ouvre dans le vagin avant son abouchement dans le réservoir urinaire, et des fistules *urétéro-utérines*.

Les fistules urétéro-utérines sont rares; Hegar et Kaltenbach n'en

ont pu réunir que neuf exemples, dont les plus nets sont dus à Bérard, à Puech, à Freund.

La fistule siège dans la partie latérale du col, à 1 ou 2 centimètres de l'orifice du museau de tanche, et le plus souvent à gauche (6 fois sur 8 cas).

Bozeman pense que cette variété de fistule est le plus souvent consécutive à l'opération de la fistule vésico-vaginale, et recommande les plus grandes précautions pour ne pas sectionner l'uretère pendant cette opération.

L'extrémité *vésicale* de l'uretère, dans laquelle l'urine ne s'engage plus, présente à la longue une tendance à s'oblitérer.

Signes. — La fistule urétéro-vaginale peut être soupçonnée quand il y a un écoulement permanent d'urine par le vagin, alors qu'il existe cependant une miction volontaire pour expulser de la vessie l'urine apportée par l'uretère sain.

Bérard a pu reconnaître une fistule urétéro-utérine à l'aide de signes qui sont restés classiques. Dans le cas qu'il a minutieusement analysé : 1° l'urine s'échappait continuellement par le col utérin alors même que la vessie était vidée ; 2° cette urine était beaucoup plus limpide que celle contenue dans la vessie ; 3° la quantité d'urine échappée du vagin pendant deux heures était égale à celle qui s'était accumulée dans le même temps dans la vessie ; 4° en pratiquant des injections colorées dans la vessie, l'urine qui s'échappait de la fistule restait limpide ; 5° une sonde introduite dans l'utérus et une autre dans la vessie ne pouvaient être mises en contact.

Ces divers signes peuvent servir à distinguer la fistule urétéro-utérine de la fistule vésico-utérine.

Traitement. — Le traitement de cette variété de fistule urétéro-vaginale présente des difficultés particulières tenant à la minceur des bords de la fistule et à la petitesse du calibre de l'uretère et à l'imperméabilité possible du bout vésical de celui-ci.

G. Simon tenta inutilement de faire la suture de la fistule après la dilatation du bout vésical de l'uretère. Des accidents graves de rétention d'urine dans le rein furent la conséquence de cette tentative.

Plus tard il proposa un nouveau procédé dans lequel on s'efforce d'abord de créer un nouvel orifice de l'uretère dans la vessie, et dans un second temps d'oblitérer par la suture la fistule vaginale. Les procédés de traitement qui semblent devoir donner les meilleurs

résultats sont ceux dans lesquels la suture du vagin est faite au-dessous de l'uretère, sans toucher à ce conduit qui se trouve refoulé dans la vessie ; ces procédés ne sont applicables qu'au cas où il s'agit d'une fistule urétéro-vésico-vaginale. En se fondant sur ce principe, Trélat a eu deux succès par l'avivement *en couronne* (Schede), qui ménage au pourtour de l'orifice une assez large bandelette de muqueuse vaginale ; Pozzi est arrivé au même résultat en faisant au-devant de l'orifice une véritable autoplastie à l'aide de deux petits lambaux pris sur la cloison vésico-vaginale et au niveau de la fistule.

La fistule urétéro-utérine ne peut être traitée que par des procédés indirects. Si le bout vésical de l'uretère est perméable, l'infirmité peut être guérie par la suture du col utérin.

Elle peut aussi être traitée par un des procédés de fermeture du vagin.

Dans des cas rebelles, Zweifel et Credé ont fait chacun une fois avec succès l'ablation, par la voie lombaire, du rein correspondant à l'uretère fistuleux.

VIII

EMPOISONNEMENT URINEUX

On peut donner le nom d'*empoisonnement urineux* à une série d'accidents auxquels sont exposés les malades porteurs de lésions de l'un des points de l'appareil urinaire. La *fièvre urineuse* en constitue la manifestation la plus fréquente et la plus saisissante, mais le professeur Guyon a très justement fait remarquer que la fièvre n'est *qu'une* des formes de cet empoisonnement. Car celui-ci, dans son expression même la plus grave, dans la forme urémique, peut être complètement apyrétique.

Néanmoins, la fièvre se retrouvant, sous diverses formes, dans la presque totalité des faits, doit être décrite au premier rang ; la facilité de la constater, ses caractères particuliers, en font un phénomène de premier ordre dont l'étude clinique est des plus importantes.

Fièvre urineuse. — Elle se présente sous deux formes :