

réalisa cependant, car après deux mois de séjour dans les Alpes, notre malade avait repris ses forces et l'expulsion de gaz ou de matière fécales par la vessie avaient complètement cessé. On pouvait même croire à une guérison complète, lorsque, à la suite d'une marche trop prolongée, M. X. fut atteint d'une occlusion intestinale due à quelque bride consécutive à la cicatrisation du trajet fistuleux, ou à un véritable rétrécissement de l'intestin, et succomba à cette nouvelle complication.

§ 5. — FISTULES VÉSICO-UTÉRINES.

Les fistules vésico-utérines, comme plusieurs de celles précédemment décrites, sont une des conséquences du travail de l'accouchement. Elles aussi ont été l'objet des études de Jobert (de Lamballe) et les idées du maître se trouvent fort bien exposées dans la thèse du docteur Grau. (Paris, 1855.)

Cette variété de fistule est caractérisée par une communication anormale établie entre la vessie et l'utérus, permettant le passage continu de l'urine dans le vagin par le museau de tanche.

L'accouchement est la cause *déterminante* de la fistule vésico-utérine ; mais il faut en chercher les causes *prédisposantes* dans les mauvaises conditions du bassin de la mère, dans les dimensions de la tête du fœtus, et en un mot, dans toutes les circonstances qui ont pour résultat de rendre le travail long, laborieux, et de motiver l'application du forceps par des mains qui ne sont pas toujours suffisamment expérimentées.

Les symptômes de la fistule vésico-utérine sont analogues à ceux des autres fistules vésicales. L'identité est complète pour les signes fonctionnels. Quant aux signes physiques, ils sont fournis par la vue, le toucher, l'exploration avec le stylet ou avec la sonde, et par l'injection d'un liquide coloré dans la vessie. L'emploi de ce dernier

moyen permet sûrement de lever tous les doutes lorsque les autres ont échoué. L'injection est plus particulièrement indiquée si l'on soupçonne l'existence d'une fistule uréthro-utérine analogue à celle mentionnée par A. Bérard dans une observation que nous ne croyons pas avoir été suivie, jusqu'à ce jour, d'un second exemple.

§ 6. — TRAITEMENT DES FISTULES URINAIRES.

Parmi les travaux très remarquables périodiquement publiés par la *Société de Chirurgie* se trouve un mémoire fort intéressant de M. Herrgott sur le traitement des fistules vésico-vaginales (1). Dans ce travail aussi complet que possible — sous le rapport pratique surtout — le professeur de Nancy cite l'opinion de Dieffenbach qui, en 1845, considérait la guérison de ces fistules comme un *événement rare* ; et il fait suivre cette citation par l'exclamation aussi juste qu'enthousiaste d'un des plus savants professeurs de Paris, M. Verneuil, qui n'hésitait pas à dire en 1859 : *la cure des fistules vésico-vaginales est un des beaux fleurons de la chirurgie moderne* (2). C'est qu'en effet les quinze années qui séparent ces deux dates ont suffi pour transformer un *événement rare* en *succès fréquents* et presque journaliers.

M. Herrgott, dans ses *Études historiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale* (3), fait remonter au XVII<sup>e</sup> siècle l'origine de cette opération. En France, les essais sérieux datent surtout de l'époque où Lallemand, à Montpellier, et Jobert de Lamballe, à Paris, concentrèrent, sur cette importante branche de la thérapeutique chirurgicale, la sagacité et l'esprit d'initiative dont ils étaient

(1) Tome septième, 1874, page 483.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1859, page 58.

(3) Strasbourg 1864.

dotés. Et tout en convenant que sur ce chapitre la médecine opératoire doit beaucoup aux chirurgiens anglais, américains et allemands — arrivés les derniers — mais ayant apporté néanmoins un bon contingent — il nous semble permis de constater que c'est encore en France où l'on pourrait réunir aujourd'hui le plus grand nombre d'opérations de ce genre complètement réussies.

Le traitement des fistules urinaires varie forcément d'après la région occupée par ces fistules, leur étendue, la date de la lésion et les causes qui l'ont produite.

1° Il en est dont la cicatrisation s'opère graduellement sans autre intervention que les soins dont on entoure une plaie ordinaire, et plus particulièrement sous l'influence d'une sonde à demeure d'un assez gros calibre lorsqu'elle est facilement supportée. Nous avons déjà cité deux faits de perforation de la vessie et du rectum par un gros calcul et par un goulot de bouteille. Dans ces deux cas, la cicatrisation s'est opérée complètement, et dans l'espace de trois semaines chez l'individu soumis à notre observation. Tout le traitement a été compris cependant dans ces trois recommandations : maintenir l'intestin libre et débarrassé de la présence de matières fécales ; maintenir également la vessie vide en se livrant fréquemment à la miction ; et rester couché autant que possible sur le ventre, pour diminuer le passage des urines à travers la perforation.

Une guérison, en quelque sorte *spontanée*, a été encore signalée tout récemment à la *Société de Chirurgie* par M. Fleury (de Clermont) : une femme de 40 ans était tombée du haut d'un char sur une tige de bois ; cette tige avait pénétré par le vagin jusque dans la vessie, et avait déterminé des accidents graves et une incontinence d'urine due à une fistule vésico-vaginale. Il n'y a eu d'autre traitement employé que des soins de propreté et l'usage des toniques à l'intérieur. L'accident avait eu lieu dans les premiers jours du mois de mars (1877) et la cicatrisation était achevée le 30 juin.

A la rigueur quelques chirurgiens, et notamment

M. Antonin Désormeaux (1), ne voudront peut être pas considérer les trois faits que nous venons de citer comme appartenant à la catégorie des fistules urinaires. Pour M. Désormeaux une plaie suppurante ne devient fistule que lorsque *la tendance à la guérison a disparu* ; mais cette opinion est beaucoup trop absolue. Et lorsque, par suite d'un accident, d'un abcès ou d'une cause quelconque, une perforation de la vessie a lieu et permet à l'urine de s'échapper à travers le vagin ou le rectum, pendant un certain laps de temps, peu importe que les bords de la lésion se cicatrisent séparément — circonstance fâcheuse pour la guérison — : aussi longtemps que l'écoulement anormal *dure*, on peut, ce nous semble, qualifier la lésion de *fistule*. Ce sont là, au surplus, des distinctions subtiles de mots plutôt que de faits. L'essentiel est de constater que des perforations vésicales graves, permettant à l'urine de s'échapper par tout autre voie que par l'urèthre, peuvent guérir à l'aide de soins ordinaires et, pour ainsi dire, par les seuls efforts de la nature.

2° Dans d'autres cas, la guérison a pu être encore assez facilement obtenue par des moyens fort simples, la compression, par exemple. Et sous ce rapport un des faits les plus curieux de l'heureux emploi de la compression a été communiqué par M. Diday à la *Société de Chirurgie* (2). Il s'agissait d'une fistule uréthrale assez récente à la vérité, et consécutive à un abcès, déterminé lui-même par une uréthrite des plus aiguës. Le malade ne pouvant pas supporter la présence d'une sonde destinée à dévier l'urine de sa voie anormale, M. Diday lui conseilla de comprimer et d'*obturer* l'orifice fistuleux à l'aide d'une vessie en caoutchouc (3) chaque fois qu'il voudrait se

(1) Art. *Fistule*, Tome 14, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

(2) Tome V du *Bulletin*, page 45.

(3) On avait dépouillé de son enveloppe de peau une de ces vessies insufflées qui servent, sous le nom de ballon, aux jeux des enfants.

livrer à la miction. En moins de quinze jours la fistule était cicatrisée. Diday explique de la manière suivante le mode d'action de ce petit appareil : » *En arrière*, dit-il, il appuie sur le canal, modère l'impulsion du jet d'urine, l'empêche ainsi d'opérer sur les parois du canal cette distension brusque qui oblige le liquide à s'écouler par toutes les issues ouvertes, par l'orifice anormal en particulier. *Au niveau* de la fistule, la vessie de caoutchouc presse et applique l'une contre l'autre les diverses couches organiques qui de dehors en dedans constituent ses parois. Elle fronce donc ces parois, et rapprochant jusqu'au contact l'orifice externe du sinus de son orifice interne, abolit momentanément sa cavité et supprime tout interstice par où l'urine pourrait s'échapper. »

La compression aurait-elle réussi à M. Diday et pourrait-elle réussir dans d'autres cas si la fistule était consécutive à un rétrécissement ? Non assurément. Et peut être est-il inutile de rappeler que la plupart des fistules urinaires sont la conséquence d'abcès siégeant au pénis ou au périnée ; or ces abcès, avons-nous dit, sont fréquemment le produit fatal de l'éraillure de l'urètre déterminée par l'arrêt de l'urine en arrière d'une coarctation prononcée ; il s'ensuit que tout traitement de fistule urinaire appartenant à cette catégorie, n'arrivera au résultat voulu qu'autant que l'urètre aura repris une perméabilité suffisante. La compression n'a quelque chance de réussir que lorsqu'on a affaire à des fistules récentes, à bords minces, n'ayant, en quelque sorte, qu'un orifice et pas de trajet.

3° Si la compression ne réussit pas, nous ne saurions trop recommander la cautérisation par le cautère actuel, pratiquée d'après la méthode proposée par J. Cloquet pour combattre certaines divisions du voile du palais (1). Le bout du cautère doit être mince et pointu, supporté par une boule ou renflement qui puisse concentrer et conser-

(1) Communication à l'Institut. 1855.

ver un haut degré de chaleur : la pointe du cautère rougi à blanc ne doit toucher, et très légèrement, qu'une faible fraction de la circonférence de l'orifice fistuleux ou un des angles, si la fistule a la forme d'une boutonnière ; au bout de quelques jours on renouvelle l'opération, et l'on voit diminuer progressivement la brèche urinaire par la formation d'un inodule. Au dire de A. Cooper, la cautérisation réussirait surtout lorsque les fistules siègent à l'angle péno-scrotal où les parties molles sont plus épaisses ; mais nous l'avons vu réussir complètement ailleurs que sur cette région considérée comme privilégiée, à la condition toutefois de ne pratiquer l'opération que lorsque le canal est suffisamment distendu par une sonde non métallique et qu'on ne permettra à l'opéré d'uriner que par la sonde, soit qu'il puisse la supporter à demeure, soit qu'on l'introduise à chaque besoin de miction.

Lorsque la fistule est *tubuleuse*, constituée par un canal unique et même par plusieurs trajets, M. Reverdin, de Genève (1), et bien d'autres chirurgiens, préconisent la cautérisation galvano-caustique et la considèrent comme d'une application aussi facile que commode. Elle leur semble plus particulièrement utile comme *opération complémentaire* lorsqu'une fistule en boutonnière a été transformée, par d'autres procédés, en une ou plusieurs fistules à trajet. Et cela étant, les deux modes de cautérisation peuvent assurément se compléter l'un par l'autre, car nous avons dit que c'est surtout pour le traitement des fistules à bords minces et sans trajet que le cautère actuel a toutes nos préférences. A un moment donné, les deux procédés de cautérisation actuelle se trouveront, par conséquent, dans le cas d'être utilement employés. Il faudra néanmoins avoir toujours présent à l'esprit que l'action de la galvano-caustique s'étend parfois bien au-delà des limites prévues, et que l'escarrhe qu'elle produit pourrait élargir, loin de diminuer, la lésion qu'il s'agit précisément de combattre.

(1) Voyez : Travaux du Congrès Médical de Genève, 1877.

4° Dans les fistules véritablement en arrosoir, la cautérisation par le cautère actuel n'étant guère applicable, nous avons essayé, dans le temps (1), le procédé de cautérisation par le nitrate d'argent fondu dans une sonde cannelée, proposé par Vidal (de Cassis) et jadis employé à l'hôpital du Midi. Les résultats n'ont jamais été brillants. En revanche, les injections iodées ont mieux réussi; et peut-être pourrait-on leur attribuer deux succès assez complets. Mais il s'agissait de deux constitutions essentiellement scrofuleuses chez lesquelles l'huile de foie de morue, administrée à haute dose, a dû contribuer pour une large part à la guérison. Ce qui prouve une fois de plus l'influence des diathèses sur les lésions locales; vaste champs d'observation sur lequel M. Verneuil a fait déjà une abondante et utile moisson.

Du reste, les injections plus ou moins irritantes — celles d'acide nitrique employées par A. Cooper, celles de teinture concentrée de cantharides, préférées par Thompson et Dieffenbach, celles de teinture d'iode visant plus particulièrement à modifier la vitalité du trajet fistuleux — de même que la compression et la cautérisation actuelle, n'ont jamais donné et ne peuvent réellement pas donner des succès aussi nombreux et aussi complets que ceux obtenus par une intervention chirurgicale plus active et plus hardie, basée sur l'application de l'autoplastie aux graves lésions ou infirmités dont il est ici question.

5° *L'uréthroraphie*, c'est-à-dire la suture des bords avivés des fistules péniennes, a été assez souvent tentée mais elle a rarement réussi, alors même qu'on ne s'est pas borné à réunir les bords de la fistule par une suture *entrecoupée, entortillée ou en bourse*, et qu'on a intéressé à la réunion de la plaie une plus large surface de tissus sains à l'aide de la suture *enchevillée*.

(1) Notes cliniques recueillies à l'Hôtel-Dieu de Marseille. Paris, 1856.

6° *L'uréthroplastie*, c'est-à-dire la réparation d'une perte de substance de l'urèthre par une portion de tissu ramenée du voisinage, réussit d'ordinaire beaucoup mieux que l'uréthroraphie; elle est surtout indiquée lorsqu'on se trouve en présence d'une large brèche. Depuis 1818 et 1819, époque à laquelle on fait remonter les premières opérations d'uréthroplastie pratiquées avec succès par A. Cooper et par Earle, l'autoplastie de l'urèthre a donné d'excellents résultats. Les procédés opératoires ont quelque peu varié sous la main de Dieffenbach, de Delpech, de Nélaton, de Sedillot, de Alliot et de Gaillard (de Poitiers), mais, en définitive, tous ont compté des succès et, au pis aller, on a considérablement diminué les dimensions de la fistule et rendu moins gênante une infirmité de ce genre. Toutefois l'habileté des opérateurs ne suffit pas à rendre ces succès moins rares ni plus prompts. Deux obstacles puissants s'opposent fatalement à une facile guérison des fistules uréthrales: 1° les érections qui rompent les sutures; 2° le passage de l'urine à travers la plaie, quelque serrée qu'on suppose la suture. On a tenté depuis Viguerie — qui avait dû au hasard un fait de ce genre — d'obvier à cet inconvénient du contact de l'urine avec la plaie en pratiquant une boutonnière périnéale destinée à détourner le cours des urines. Mais l'opération de la boutonnière ne manque pas elle-même d'une certaine gravité, et peut-être serait-il moins dangereux, en pareil cas, de suivre le conseil de M. Léon Le Fort (1), qui a proposé de pratiquer la ponction sus-pubienne et d'établir une sonde à demeure jusqu'à complète guérison des fistules. Mieux vaut pourtant encore se passer de ces deux opérations *adjuvantes*, de la première surtout, qui peuvent compliquer, loin d'améliorer, la situation de l'opéré.

7° *Autoplastie vaginale*. Où l'autoplastie donne assurément des succès jadis inespérés c'est dans le traitement des fis-

(1) *Médecine opérat. de Malgaigne*, page 579.

tules vesico-vaginales. Les procédés diffèrent les uns des autres par plusieurs détails concernant la position qu'il convient de donner à l'opérée, le mode d'avivement des tissus, le nombre des sutures, soit la distance qu'il faut laisser entre les fils, la grosseur de ces fils, leur qualité — fils métalliques ou fils de soie — mais en définitive, si tous les procédés ont donné des résultats parfaits entre les mains d'opérateurs habiles, il faut pourtant convenir que la statistique accorde une très-grande supériorité au *procédé américain* sur celui de Jobert, c'est-à-dire aux procédés actuels sur ceux de nos prédécesseurs immédiats. On a relevé en effet une mortalité de 17 pour 100 chez les opérés de Jobert, tandis qu'elle ne dépasse pas 4 pour 100 chez les femmes opérées par Bozeman et ses imitateurs.

Un des avantages très considérables des procédés actuellement adoptés en France par la plupart des chirurgiens c'est que, après un premier insuccès, on peut à plusieurs reprises recommencer l'opération et obtenir enfin la guérison, quelque compliquées que soient les fistules. C'est ainsi que M. Léon Le Fort a pu guérir, après six opérations, une malade qui était privée de presque toute la partie antérieure du vagin jusqu'au col utérin, et à laquelle il a dû commencer par refaire un canal de l'urèthre (1). Par le procédé américain, dit-il avec raison, on peut réussir fréquemment dès la première opération; mais en tous cas, la *guérison est la règle*; et, répétons-le encore avec M. Verneuil, c'est là un des plus beaux fleurons de la chirurgie moderne.

8° *Oblitération du vagin.* — Cette opération, proposée d'abord par Vidal (de Cassis), a soulevé dans le temps une opposition formidable. Il est avéré cependant que toute femme atteinte de fistule *inopérable* et par cela même *incurable*, n'hésite pas à se soumettre à la suppression des fonctions génératrices si elle peut ainsi se débarrasser d'une

(1) *Loc. cit.*, page 701.

infirmité rebutante pour elle et pour tous ceux qui l'entourent.

Cette opération n'est toutefois admissible que dans le cas d'impossibilité absolue de tenter la guérison d'une fistule par tout autre moyen. Ce n'est qu'une ressource extrême, applicable plus particulièrement lorsqu'on est en présence d'une fistule vésico-utérine ou d'une fistule vésico-utéro-vaginale.

Ici encore les procédés opératoires varient selon la position, l'étendue, la profondeur de la lésion, et le nombre d'organes mis en communication par le trajet fistuleux. S'il s'agit d'une fistule vésico-vaginale inopérable par les procédés ordinaires, on peut tenter l'oblitération du vagin ou de la vulve. En général, l'occlusion du vagin est moins sujette à échouer que celle de la vulve, et expose beaucoup moins à la formation de calculs urinaires dans le vagin. M. Léon Le Fort fait encore et très justement observer que les parois antérieure et postérieure du vagin se trouvent dans l'état normal en rapport l'une avec l'autre — disposition qui n'existe pas pour les parois latérales — et par cela même on doit préférer la réunion transversale à la réunion verticale; elle a beaucoup plus de chances de réussir, et M. Courty en a fourni une nouvelle preuve et un bel exemple à propos d'une occlusion opérée par formation de lambeaux autoplastiques.

Lorsqu'il y a fistule vésico-utérine ou vésico-utéro-vaginale, la lésion exige parfois l'application d'un procédé d'occlusion *avec rejet du col utérin dans la vessie*. Les règles coulent alors dans la vessie et passent ensuite par l'urèthre.

L'oblitération du vagin a été pratiquée assez de fois pour qu'on puisse juger aujourd'hui, et en connaissance de cause, de ses résultats au double point de vue du succès de l'opération et de la mortalité. Or les relevés statistiques prouvent que la mortalité ne dépasse pas 4% et les insuccès sont à peu près dans la même proportion.