

truels; la tumeur devient rapidement fluctuante et s'ulcère de bonne heure, en laissant échapper du pus dans le vagin ou dans le rectum.

Pronostic. Il est grave, surtout en raison des complications et des accidents qui peuvent résulter de l'intervention chirurgicale.

Traitement. — Au début, pendant la période aiguë, il faut employer le traitement antiphlogistique et chercher à calmer les douleurs. Lorsque la maladie passe à l'état chronique, on peut attendre, si aucun accident ne se manifeste, car il est permis d'espérer la résorption de l'épanchement. Mais si la tumeur augmente de volume, si les symptômes locaux et généraux font craindre l'inflammation et la suppuration de la poche hématique, on doit intervenir. On fait la ponction de la tumeur par le vagin, et si elle se vide mal, on l'incise largement. Des injections antiseptiques seront fréquemment pratiquées: car l'ouverture de la tumeur, l'entrée de l'air, la stagnation des liquides dans son intérieur exposent la malade aux redoutables accidents de l'infection putride.

ARTICLE QUATRIÈME

FISTULES URINAIRES CHEZ LA FEMME

Nous avons déjà vu, en décrivant les fistules urinaires de l'homme, que certaines de ces perforations accidentelles sont communes aux deux sexes: fistules ombilicales, hypogastriques, lombaires, inguinales, intestinales. Nous n'y reviendrons pas.

Parmi celles qui sont particulières à la femme, on rencontre les fistules: *uréthro-vaginales*, *urétéro-utérines*, *vésico-utérines*, *vésico-utéro-vaginales*, et *vésico-vaginales*.

Leurs noms indiquent leur situation. Il y a donc, en d'autres termes, des fistules qui font communiquer le vagin avec l'urètre et avec la vessie, l'uretère avec l'utérus, et ce dernier organe avec la vessie. Toutes ces fistules présentent les mêmes phénomènes anatomo-pathologiques; quelques-unes sont rares, les fistules uréthro-vaginales et vésico-utérines, par exemple. On ne connaît qu'un cas de fistule urétéro-utérine observé par A. Bérard. Nous nous occuperons seulement des fistules vésico-vaginales.

FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

Les fistules vésico-vaginales siègent sur la cloison qui sépare le vagin de la vessie.

Anatomic pathologique. — Ces fistules peuvent occuper différents points de la cloison. Elles se rencontrent assez fréquemment près de l'insertion du vagin sur l'utérus; dans quelques cas, il semble que le vagin et l'utérus aient été séparés; dans d'autres, il reste une portion de la

cloison adhérente à l'utérus. Leurs dimensions varient depuis celle d'un petit orifice à peine perceptible, jusqu'à celle d'une large ouverture pouvant admettre deux ou trois doigts. Leur direction est tantôt longitudinale, parallèle à l'axe du vagin, tantôt oblique ou transversale. D'autres fois, elles représentent un pertuis assez régulièrement circulaire.

La vessie se ratatine souvent à la suite de larges fistules. Comme ce réservoir ne se laisse pas distendre par l'urine, il revient sur lui-même, se rétracte, et perd une partie de sa dilatabilité. Lorsque l'urètre ne laisse plus passer l'urine, ce canal peut être rétréci; on dit qu'on l'a vu oblitéré.

Le vagin présente rarement des altérations; on y trouve des rétrécissements, des brides cicatricielles, dues le plus souvent à la cause qui a déterminé la fistule.

Les bords de la fistule, sans cesse baignés par l'urine, sont ordinairement réguliers; il semble que la muqueuse vaginale se continue avec celle de la vessie.

Il n'est pas rare de voir une fistule recto-vaginale coïncider avec une fistule vésico-vaginale.

Symptômes. — L'urine s'écoule par la fistule, et par conséquent par le vagin, goutte à goutte et sans interruption.

Si la fistule est très-petite, il peut arriver qu'il ne passe qu'une portion de l'urine et que le canal de l'urètre remplisse ses fonctions; lorsqu'elle est large, l'écoulement peut cesser quelques instants; il est arrêté par la paroi antérieure de la vessie qui vient boucher momentanément l'orifice fistuleux et former une petite hernie dans le vagin.

Il est généralement assez facile de reconnaître une fistule par le toucher et par l'examen au spéculum; on peut apercevoir, par le vagin, une sonde introduite par l'urètre dans la vessie. Lorsque la fistule est petite et qu'on trouve difficilement son orifice, on a recours à l'injection dans la vessie d'un liquide coloré; il est rare qu'il ne suinte pas un peu de liquide par le vagin.

Causes. — Une plaie, une ulcération marchant de la vessie vers le vagin, une opération (taille vésico-vaginale), la destruction de la paroi antérieure du vagin par un instrument d'obstétrique, peuvent produire des fistules. Le plus fréquemment, cette ouverture anormale s'observe après un accouchement laborieux. Voici comment: la tête du fœtus reste longtemps au passage; la cloison vésico-vaginale est comprimée avec force contre le pubis; il se produit une gangrène par compression, analogue aux eschares de la région sacrée, déterminées par l'étranglement de la peau entre le squelette et le lit.

Pronostic. — Ordinairement, les fistules vésico-vaginales restent stationnaires. Elles sont une source d'inconvénients qu'il est facile de prévoir. L'écoulement incessant de l'urine constitue une infirmité repoussante; les malades mouillent leur lit, leurs vêtements; elles exhalent une odeur fétide caractéristique. Le contact de l'urine fait naître un

érythème qui s'étend au périnée, aux fesses et à la face interne des cuisses.

On a vu quelquefois la guérison spontanée de ces fistules. (Danyau, Nélaton.) Mais ces faits sont rares, et il ne faut jamais compter sur une terminaison aussi favorable.

Traitement. — On a employé les sondes à demeure, le tamponnement, la cautérisation, qui a pu suffire pour de très-petites fistules, la suture, l'autoplastie et l'oblitération du vagin.

La cautérisation donne de bons résultats dans les fistules de petite dimension; on peut, dans ce cas, essayer ce procédé avant d'avoir recours à ceux dont nous allons parler. Par l'application des caustiques, ou mieux du fer rouge¹, on détermine la formation d'eschares auxquelles succède un tissu de cicatrice, qui, par sa rétractilité, rétrécit peu à peu la fistule. Il faut ordinairement pratiquer plusieurs cautérisations.

C'est la suture qu'on emploie le plus généralement aujourd'hui. Elle réussit dans la plupart des cas, grâce aux perfectionnements qu'y a apportés M. Bozemann. Elle comprend deux temps : dans le premier, on avive les bords de l'ouverture, dans le second, on affronte les bords avivés.

1^o *Avivement.* — On saisit l'une après l'autre, avec de longues pinces à griffes, chaque lèvre de la fistule; à l'aide d'un bistouri monté sur un long manche et dont la lame est plus ou moins oblique par rapport à l'axe de l'instrument, selon les besoins, on transforme les bords de la fistule en surfaces saignantes, en ayant bien soin que l'avivement porte exactement sur toute sa circonférence.

2^o *Affrontement.* — On emploie la suture en bouton de Bozemann. Des fils d'argent sont passés, à intervalles égaux, dans les lèvres de la fistule; leurs chefs sont libres dans le vagin. Alors on rapproche au moyen d'un instrument spécial, *ajusteur de la suture*, les deux chefs de chaque fil; cela fait, chaque double chef est passé dans une petite plaque de plomb, percée d'autant de trous qu'on a employé de fils : c'est le bouton. Ce bouton de plomb est refoulé jusqu'à la fistule. Pour le maintenir en place, les fils sont de nouveau engagés dans de petits cylindres de plomb, *tubes de Galli*, qu'on fait glisser jusqu'au contact du bouton, et qu'on fixe en les écrasant avec une forte pince.

L'autoplastie a été appliquée par Jobert au traitement des fistules vésico-vaginales. Quand la fistule n'était pas très-éloignée de la vulve, il taillait sur la grande lèvre un lambeau qu'il renversait en dedans et qu'il fixait aux bords de l'orifice fistuleux. Lorsqu'elle était plus profondément située, il faisait l'autoplastie par glissement. Il incisait le cul-de-sac antérieur du vagin, et pratiquait un décollement dans l'espace qui sépare la vessie du col de l'utérus. De cette manière, il pouvait attirer en bas la partie supérieure du vagin, dont ce décollement favorisait la mobilité, et il affrontait ainsi plus facilement les deux bords de la fistule.

DIXIÈME PARTIE

MALADIES CHIRURGICALES DE L'ANUS ET DU RECTUM

Nous décrirons des vices de conformation, des lésions inflammatoires et des lésions de nutrition.

ARTICLE PREMIER

VICES DE CONFORMATION DU RECTUM

Les vices de conformation de l'anus et du rectum se rencontrent fréquemment. Ils consistent en *imperforations de l'anus*, *rétrécissements du rectum*, *absence partielle ou totale du rectum*, et dans la présence d'un *anus contre nature congénital*, coïncidant avec l'absence de l'anus ou du rectum.

L'imperforation de l'anus est *incomplète* ou *complète*.

La première consiste en un simple resserrement, en une atrésie de l'orifice anal. Quelquefois, le calibre de l'intestin est diminué jusqu'à une certaine hauteur, comme celui de l'anus; on a alors le *rétrécissement congénital* du rectum. Cette affection et l'imperforation incomplète coïncident la plupart du temps. On combat ce vice de conformation par la *dilatation* et par l'*incision*.

L'imperforation complète peut être produite par les téguments ou par la muqueuse, et aussi par le muscle sphincter. Il y a impossibilité absolue d'expulser le méconium, qui, lorsque l'obstacle est de peu d'épaisseur, vient former une tumeur en soulevant la cloison membraneuse qui s'oppose à

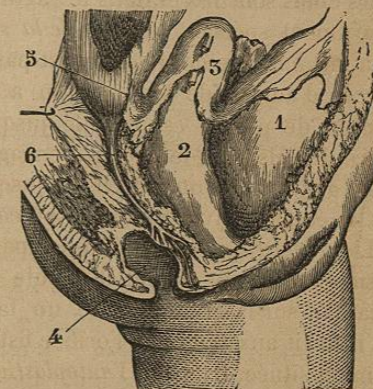


FIG. 67.

1. Vessie. — 2. Vagin. — 3. Utérus. — 4. Cul-de-sac anal. — 5. Cul-de-sac rectal. — 6. Cordon fibromusculaire allant se fixer au vagin et au cul-de-sac anal (Holmes).