

avantageuse. Dans le cas où il existerait un rétrécissement de l'urètre, il faudrait le traiter par les procédés appropriés à sa nature, de même que si la fistule coïncidait avec des callosités volumineuses et saillantes, des excoriations profondes ou des abcès urinaires dans les grandes et les petites lèvres, on devrait la soumettre à un traitement préliminaire consistant surtout dans l'emploi des bains et des fomentations et des lotions émoullientes, dont l'action serait encore augmentée par des pansements méthodiques; enfin on ne devrait songer à obtenir la réunion et l'agglutination des bords de la fistule, qu'après l'avoir ramenée à son état de simplicité et avoir fait cesser toutes les complications capables de s'opposer au succès des tentatives que l'on pourrait faire.

Parmi les méthodes qui ont été employées ou proposées dans le traitement des fistules, se trouvent, en suivant l'ordre chronologique 1° la méthode palliative, 2° le tamponement, 3° la cautérisation, 4° la suture, 5° le rapprochement des bords de la perforation au moyen d'instruments particuliers, tels que les sondes et les pinces airignes, etc.

DE LA MÉTHODE PALLIATIVE.

La méthode palliative doit être nécessairement la plus ancienne qui ait été employée pour remédier autant que possible aux fistules vesico-vaginales, car

DES FISTULES VÉSICO-VAGIN. ET VAGINO-URÉT. 467
jusqu'à la fin du siècle dernier, la cure de ces sortes de perforations a été toujours regardée comme se trouvant au-dessus des ressources de la chirurgie, et surtout n'étant susceptible d'aucune opération.

Cette méthode ne doit être employée que lorsque la fistule est reconnue incurable, c'est-à-dire quand cette affection dépend de la présence d'un cancer très avancé de l'utérus ou du vagin et lors même qu'elle serait produite par tout autre cause, si plusieurs tentatives de guérison avaient été infructueuses.

Les moyens à employer dans ces cas malheureux consistent dans des soins de propreté, ayant pour but de protéger la cavité vaginale, les grandes lèvres, le périnée et les cuisses, contre l'acreté de l'urine, et dans l'usage de divers appareils destinés à recevoir ce liquide de manière à ce qu'il incommode le moins possible les malades.

On remplit la première indication par un usage fréquent de bains, de lotions et d'injections émoullientes et narcotiques, et l'on remédie en partie à l'incommodité de l'écoulement continu de fluide cystique, au moyen d'un instrument qui a été seulement indiqué par J. L. *Petit* sous le nom d'urinal ou *trou d'enfer*; mais dont le véritable inventeur est *Féburier*. Cet instrument, que l'on trouve chez tous les bandagistes, est une sorte de poche en caoutchouc qui peut être maintenue au-devant de la vulve et introduite en partie dans le vagin, de manière à recevoir

l'urine sans empêcher la femme de marcher et de vaquer à ses occupations. Pour remplir le même but, M. *Barnes* de Londres se sert d'une sorte de bouteille alongée en gomme élastique que l'on place en partie dans le vagin et qui présente à sa face antérieure une ouverture où se trouve fixée une éponge qu'il faut avoir soin de diriger du côté de la fistule, de manière à ce que l'urine puisse être absorbée. Cet urinal doit être retiré plusieurs fois par jour afin d'en chasser l'urine au moyen d'une pression. Outre plusieurs autres appareils du même genre, proposés par la plupart des fabricants de bandages et d'instruments de gomme élastique, on peut encore avoir recours à l'emploi d'éponges fines et de tampons de linge introduits dans le vagin et renouvelés plus ou moins souvent dans la journée. Enfin, dans le but de forcer les urines à s'échapper par l'urètre ou par une sonde ou par un siphon qui y serait placé, M. *Chailly* a proposé la position demi-fléchie sur le ventre; malheureusement ce résultat est loin d'être obtenu, et les expériences faites par MM. *Schreger* et *Sanson* ont prouvé que les femmes placées dans la position indiquée par M. *Chailly*, n'ont pu la conserver que peu de temps, parce qu'elle était trop pénible et douloureuse, et menaçait de produire bientôt des escarrhes sur les genoux, les coudes et les épines iliaques.

MÉTHODE PALLIATIVE TEMPORAIRE.

Dans quelques cas, la méthode palliative doit n'être employée que temporairement; ainsi on doit y avoir recours dans les fistules transversales et obliques dont les bords restent encore très écartés, malgré la compression abdominale, les positions variées données à la malade et la formation du tissu inodulaire sur les lèvres de la perforation: on devra donc alors avant de commencer un traitement curatif, insister plus ou moins long-temps sur les bains et les injections tièdes, les fumigations émollientes dirigées vers les parties sexuelles, enfin, recourir à l'emploi de tous les moyens capables de faciliter l'abaissement de la matrice, et surtout le relâchement de la portion du vagin qui est située au-dessus de l'ouverture fistuleuse.

Dans le temps peu reculé où l'on croyait que la cure des fistules vésico-vaginales était toujours au-dessus des ressources de l'art, et qu'il était surtout impossible d'en tenter la cure radicale au moyen d'une opération de chirurgie, la méthode palliative employée le plus souvent dans le seul but de diminuer les incommodités d'une infirmité dégoûtante, a été quelquefois suivie de la guérison de la malade. *Fabrice de Hilden* (1) mort à Berne en 1634, rap-

(1) Opera omnia; centurie III, observation 69.

porte une cure complète obtenue de cette manière chez une dame affectée d'une fistule vagino-vésicale, survenue à la suite d'un accouchement laborieux. D'après cet auteur célèbre, la guérison fut obtenue après un traitement de huit mois, qui consista simplement dans l'usage de quelques purgatifs et de frictions sur les lombes, mais surtout dans l'emploi fréquent d'injections composées d'une décoction d'orge, de pepins de coings et de semences de fenu grec, à laquelle il faisait ajouter de l'huile d'amandes douces et du miel rosat. Voici du reste, le passage le plus important de cette curieuse observation : « *Illa autem continuò usa medicamentis (ut dixi) « conglutinantibus, et per intervalla etiam purgan- « tibus, intra menses octo, non sine admiratione « omnium eorum quibus res cognita plane curata « fuit, adeò ut nunc Dei optimi maximâ gratiâ ne « guttula quidem urinæ involuntariæ affluat, sed à « vesicâ colligatur, retineatur et excernatur non « aliter ac si antea nunquam male affecta fuisset.* »

DU TAMPONNEMENT ET DE LA MÉTHODE

DE DESAULT,

Dans le but d'obturer la fistule et de repousser en même temps sa lèvre antérieure contre la postérieure en mettant le plus possible ses bords opposés en contact pour obtenir leur cicatrisation, on a eu re-

cours à l'emploi d'un tampon de linge cylindrique et volumineux qui était introduit et maintenu dans le vagin. Ce moyen qui a d'abord été mis en usage par *Fabrice de Hilden* (1), *Hilscher* (2), *Paletta* (3), et enfin par *Desault* qui lui associa la sonde déjà proposée par *Schulzius* (4) et employée par *Boudon* (5) et *J. Paletta* (6), semble avoir réussi quelquefois, surtout dans le traitement des fistules urétrales, et de celles de la vessie qui étaient récentes, peu étendues et présentaient une ouverture transversale. Dans les cas plus graves, l'emploi du tampon vaginal est presque toujours infructueux, et échoue malgré la patience des malades et l'habileté des praticiens.

Cette méthode, qui, outre l'inconvénient d'atteindre rarement le but qu'on se propose, a encore celui d'exiger une application prolongée de six à dix mois, est décrite par *Desault* de la manière suivante :

Ce célèbre chirurgien conseille dans son traité des maladies urinaires, d'introduire dans la vessie une sonde de gros calibre et présentant des yeux large-

(1) Opera omnia. centurie I observ. 68

(2) Chirurg. de *Haller*, tome III, § 599.

(3) Chirurgie. deuxième partie (loco citato.)

(4) Deuxième supplément aux œuvres de *Frédéric Hoffmann*.(5) Traité des accouch., conten. des observ. import. par *Nicolas Puzos*, page 138.

(6) Chirurg. (loco citato).

ment ouverts, et de fixer cet instrument dans la cavité de la poche urinaire au moyen d'une machine « en forme de brayer dont le cercle assez long pour « embrasser la partie supérieure du bassin supporte « à sa partie moyenne une plaque ovalaire qui doit « être placée sur le pubis. Au milieu de cette plaque « est une coulisse dans laquelle glisse une tige « d'argent recourbée de manière qu'une de ses extré- « mités percée d'un trou tombe au-dessus de la « vulve au niveau du méat urinaire. Cette tige peut « être fixée sur la plaque au moyen d'un écrou. » Lorsque tout était disposé comme nous venons de le dire, on faisait passer l'extrémité de la sonde dans l'ouverture de la tige se rendant à la coulisse.

Cette sorte de brayer imaginé par *Desault* était préférable au double bandage en T sur lequel on fixait les rubans portés par l'extrémité externe de la sonde et attachés ensuite aux poils de la vulve.

Les lèvres de la perforation vagino-vésicale, étaient ensuite rapprochées autant que possible, au moyen d'un tampon de linge, introduit dans le vagin et poussé de dehors en dedans, de telle sorte que l'ouverture fistuleuse devait être ainsi tout à fait obturée, et se trouver en même temps réduite à une fente transversale.

Cette méthode, la seule dont s'occupe le professeur *Boyer*, et qu'on ne doit, comme nous l'avons prouvé, attribuer à *Desault* que sous le rapport

du brayer, a été employée plusieurs fois avec succès par ce grand chirurgien, qui ne cite cependant qu'une seule observation, où il est question d'une femme qui *paraît avoir été guérie*. Comme pour obtenir quelques résultats, l'emploi permanent du tampon et de la sonde, ont nécessité des mois et même des années, nous pensons que les cures qu'on a supposées être le résultat de l'emploi de ces moyens, auraient eu lieu presque toujours spontanément ou du moins avec le seul secours d'une sonde maintenue dans la vessie.

Quoique nous rejetions en général la méthode indiquée par *Desault*, nous croyons que dans les cas de fistules parfaitement transversales, elle pourrait souvent être employée avec avantage, si on y apportait les modifications que nous allons signaler.

D'abord, avant d'introduire un tampon dans le vagin, il faudrait, pour mettre la plaie dans les meilleures conditions possibles, en cautériser les bords cicatrisés isolément, ayant soin d'agir principalement sur les angles par où commence toujours l'agglutination.

Dans le cas où les bords de la fistule seraient très écartés, c'est-à-dire si cette dernière était très large et d'une forme presque arrondie, au lieu de recourir à la cautérisation on devrait pour donner autant que possible à la perforation ovalaire la forme d'une

boutonnière qui est la plus propre à la réunion, on devrait, disons-nous d'abord, l'agrandir un peu dans le sens de son plus grand diamètre au moyen d'une petite incision d'une demi ligne ou d'une ligne de chaque côté, puis rafraîchir les lèvres de l'ouverture, comme nous l'indiquerons bientôt en parlant des autres méthodes.

Le tampon introduit dans le vagin serait une sorte de pessaire en gomme élastique, de forme conoïde et à base supérieure dont la circonférence ne se prolongerait que jusqu'à cinq ou six lignes de manière à refouler postérieurement les bords antérieurs de cette dernière, au moyen de la tension transversale qui serait produite dans le sens du plus grand diamètre de la solution de continuité; enfin le refoulement en avant, ou plutôt le rapprochement de la lèvre postérieure serait facilité par le poids de la matrice rendue un peu procidente au moyen de la position presque assise donnée à la femme et avec l'aide d'un bandage de corps qui serait également destiné à fixer la sonde et le pessaire.

DE LA CAUTÉRISATION.

Quoique paraissant d'abord n'être propre qu'à augmenter la perte de substance et l'étendue de la perforation, la cautérisation, employée avec succès par

Monteggia (1), et après lui par *Dupuytren*, constitue cependant une des meilleures méthodes de traitement que l'art puisse opposer aux fistules vésico-vaginales. Ce moyen, dont les heureux effets sont surtout remarquables lorsque la perforation est peu étendue, est digne de toute l'attention des praticiens, mais pour le voir couronner de succès, il faut savoir l'appliquer convenablement et d'après certaines règles que nous ferons bientôt connaître.

La cautérisation ne doit être pratiquée qu'avec le cautére actuel, ou le nitrate d'argent, et l'on doit toujours rejeter comme inefficaces et même nuisibles, le nitrate acide de mercure et les acides concentrés qui avaient d'abord été employés par le professeur *Dupuytren*. Le nitrate d'argent est en général préférable, et l'on ne doit recourir au fer incandescent, qui agit plus rapidement et avec plus d'énergie, que lorsque les bords de la fistule sont durs, calleux et difficiles à irriter.

Soit que l'on ait recours à l'un ou l'autre de ces deux derniers modes de cautérisation, il faudra faire prendre à la malade la position que nous avons indiquée pour l'application du speculum, c'est-à-dire qu'elle devra être renversée sur le bord de son lit garni d'alèzes, la tête soutenue par des oreillers, les cuisses fléchies sur le ventre, les jambes sur les cuisses qui seront écartées et maintenues par des aides. Cependant pour

(1) *Maladies chirurgicales*, tome V, page 339.

éviter que l'urine ne vienne humecter trop tôt le cautère, au moyen du feu, il serait peut-être convenable de faire placer la femme en sens inverse, c'est-à-dire du côté du ventre sur les genoux et les coudes. Si l'on adopte cette dernière méthode de cautérisation, il faudra pour protéger les tissus environnants et ne laisser que la fistule à découvert, introduire dans le vagin un spéculum cylindrique ordinaire, mais présentant dans la totalité ou une partie de sa longueur, une solution de continuité placée de manière à correspondre à la perforation vaginale. Lorsque tout sera disposé comme nous venons de le dire, on portera sur le pourtour de la fistule un gros stylet chauffé à blanc, ou un petit cautère en forme de haricot, qu'on aura le soin de ne laisser que peu d'instant afin d'irriter seulement les bords de la plaie et non de les éroder et de les détruire en prolongeant trop l'application du feu. Le professeur *Delpech*, qui, comme le docteur *Bellini* de Rovigo, a employé avec succès le cautère actuel, pense que ce dernier doit être porté moins sur la portion vésicale que sur la circonférence vaginale de la fistule, afin de ménager la perte de substance, tout en déterminant l'irritation nécessaire pour opérer la coarctation des lèvres de la plaie et en opérer la cicatrisation.

Pour pratiquer la cautérisation au moyen du nitrate d'argent, la malade sera placée comme nous l'avons indiqué plus haut, et l'on appliquera également le spéculum, d'après les règles que nous venons

de faire connaître. Après avoir fixé entre les mors d'une pince à anneau et au moyen d'un fil une portion d'un cylindre de nitrate d'argent fondu, placé de telle sorte qu'il forme un angle droit avec les branches de l'instrument, le chirurgien portera le caustique dans la perforation vagino-vésicale, le promènera pendant un temps convenable sur les bords et sur les angles de la plaie, qu'il devra surtout s'attacher à bien cautériser; car c'est par eux, comme nous l'avons déjà dit, que commence toujours l'agglutination; pour éviter que la main ne masque les parties et pour rendre toujours très-facile l'opération, quelles que soient la forme, l'étendue et la situation de la fistule, nous avons fait faire un porte-caustique dont le manche est recourbé presque à angle droit, tandis que son extrémité antérieure est mobile, de manière à pouvoir agir dans toutes les directions. Cet instrument, qui ressemble à un Z et auquel nous donnons le nom de *vagino-causte*, n'est qu'une modification du porte-caustique, qui nous sert tous les jours pour cautériser les amygdales et les parois de la cavité pharyngienne, (Voyez le dessin que nous en donnons à la fin de ce volume.)

De quelque manière que la cautérisation ait été pratiquée, il est utile de recourir immédiatement à des injections émollientes et de placer la malade dans un bain tiède, afin de diminuer la douleur qui résulte

de l'opération, et de prévenir l'inflammation trop intense qui pourrait survenir.

En général, une première cautérisation avec le nitrate d'argent ne suffit pas pour aviver les bords de la fistule, surtout s'ils sont durs et calleux : s'il en est ainsi, il faut répéter l'opération, en mettant entre chaque cautérisation quatre ou cinq jours d'intervalle pour laisser tomber l'escharre ; enfin, lorsque l'avivement sera opéré, on introduira et on maintiendra une sonde dans la vessie, de manière à ce que l'urine, s'échappant librement dans un vase disposé au-devant de la vulve, ne s'oppose pas au rapprochement des parties. Tant que l'occlusion de la perforation ne sera pas complète, on reviendra aux mêmes moyens, principalement si l'on s'aperçoit que le diamètre de la fistule se rétrécit de plus en plus.

Nous terminerons en disant que la cautérisation favorise la cicatrisation des fistules vagino-vésicales, par trois modes d'action simultanée : 1^o en avivant les bords de la plaie et en la mettant ainsi dans des conditions favorables à leur agglutination ; 2^o en provoquant leur tuméfaction et en produisant un tissu nouveau (tissu inodulaire), dont la coarctation contribue puissamment au rapprochement des parties ; 3^o en modifiant la nature et la vitalité des muqueuses vagino-vésicales, et en détruisant l'épithélium qui, dans l'état naturel, est le principal obstacle qui s'oppose à leur adhésion lorsqu'elles sont mises en con-

tact ; enfin, nous ajouterons que la cautérisation n'est ordinairement suivie de succès, que dans les fistules étroites et les fistules uréthro-vaginales ; comme elle échoue presque constamment dans les perforations étendues qu'on a le plus d'intérêt à guérir, on doit la rejeter dans les cas graves, et y recourir *toujours* pour terminer la cure des fistules qu'on est parvenu à rétrécir par une des méthodes que nous avons encore à faire connaître.

DE LA SUTURE.

L'application de la suture, comme moyen curatif des fistules vaginales, ne date que des premières années de ce siècle. *J.-L. Petit* (1) la trouvait tellement impraticable, qu'il s'éleva fortement contre l'avis d'un médecin appelé en consultation, avec plusieurs autres, chez une dame affectée d'une fistule vésico-vaginale. Ce célèbre chirurgien, mort en 1750, dit, dans ses œuvres posthumes publiées par *Lesne*, son ancien élève, que le consultant qui proposa la suture, et qui du reste était seul de son avis, se rendit au sentiment commun, parce qu'il lui fit sentir « non seulement la difficulté de faire cette opération dans un lieu si profond et si caché, mais aussi la néces-

(1) Traité des maladies chirurg. et des opérat. etc. tome III, page 87.