

XIV

FISTULES DU VAGIN

LEUR TRAITEMENT

A. — FISTULES URINAIRES

Les fistules urinaires présentent, d'après leur siège, les variétés suivantes : fistules vésico-vaginales, uréthro-vaginales, uretéro-vaginales, vésico-utérines (ou vésico-utéro-vaginales) et uretéro-utérines.

INDICATIONS. — Le moment le plus favorable pour opérer les fistules urinaires, occasionnées généralement par un accouchement laborieux, est entre la sixième et la huitième semaine après la délivrance. Semblablement, après un échec, on ne tentera une nouvelle intervention qu'au bout de deux ou trois mois.

La guérison spontanée des fistules est exceptionnelle et ne se produit qu'au début de leur formation dans la période de réparation des eschares. Passé un certain délai, quand le bord libre de son orifice est circonscrit par l'épithélium des deux muqueuses fusionnées, elles ne guérissent qu'au prix d'une opération.

L'intervention est indiquée et largement justifiée par l'état vraiment déplorable dans lequel se trouvent les femmes atteintes de cette infirmité.

Le supplice de se sentir toujours mouillées, l'odeur

urineuse pénétrante qui les poursuit, des excoriations pénibles dans le vagin, un état d'irritation de la vulve et de la partie supérieure des cuisses les amènent, du reste, elles-mêmes à réclamer le secours du chirurgien.

La crainte de voir l'inflammation se propager à tout l'appareil génito-urinaire (métrite, salpingite, pyélocystite, néphrite) doit encore hâter l'intervention.

Malgré les grands progrès accomplis dans le traitement des fistules urinaires, elles résistent souvent à des actes opératoires successifs, même entre les mains des plus habiles. Le choix judicieux d'un procédé, la préparation de la malade, l'antisepsie parfaite, les soins consécutifs sont autant d'éléments du succès opératoire.

Trois voies s'offrent pour l'oblitération directe : la voie vaginale ; la voie sus-pubienne, abdominale, et la voie ischio-rectale.

Le plus grand nombre des fistules peuvent être abordées par la voie vaginale qui est la plus naturelle.

La voie sus-pubienne est indiquée pour les fistules que l'on ne peut atteindre par le vagin. Ce sont les fistules situées très haut, autour du col, ou à son niveau et celles qui sont cachées au fond d'un vagin rétréci, derrière une série de cicatrices.

P. Michaux préconise la voie ischio-rectale dans les mêmes conditions.

L'oblitération directe par chacune de ces voies peut être faite par divers procédés. Les uns sont applicables à la majorité des fistules, les autres sont spécialement destinés à des cas difficiles, plus ou moins rares. Nous nous occuperons tout d'abord de la fistule vésico et uréthro-vaginale qui est la variété la plus commune. Ensuite, nous traiterons des fistules vésico-utérines et finirons par la description des procédés d'oblitération des fistules uretéro-vaginales et uretéro-utérines.

I. — Fistules vésico et uréthro-vaginales

a). Voie vaginale.

En dehors des perforations récentes qu'on peut essayer de réunir simplement par quelques points de suture, on aura recours habituellement à l'une des trois méthodes suivantes de l'oblitération directe :

1° La *méthode de dédoublement*, exécutée d'abord par Dieffenbach, Hayward, Gerdy et Deboué, et bien réglée, ces dernières années, par notre maître, M. Ricard. On pourrait l'appeler, à juste raison, la *méthode française* ;

2° La *méthode d'avivement direct, méthode américaine* propagée par Marion Sims et Bozeman ;

3° La *méthode d'autoplastie*.

Les deux premières peuvent être appliquées, aussi bien l'une que l'autre, dans tous les cas où la fistule est abordable par la voie vaginale. Pourtant nous donnons la préférence à la méthode de dédoublement, parce qu'elle ne fait subir aucune perte de substance à la cloison vésico-vaginale et qu'elle évite les tiraillements des lèvres de la plaie en rapprochant de larges espaces cruentés.

En tout cas, si le choix de l'un de ces deux procédés est indifférent dans les petites et moyennes fistules, la méthode de dédoublement trouve une indication spéciale dans les fistules très larges dont les bords ne se laissent pas rapprocher et dans les cas où la paroi vaginale a contracté des adhérences profondes.

Le procédé d'autoplastie est employé dans certains cas particuliers d'énormes perforations avec véritable perte de substance.

MÉTHODE DE DÉDOUBLEMENT (*méthode française*). — Nous suivrons la description qu'en a donnée M. Ricard au der-

nier Congrès français de chirurgie, et exposée par Ch. Martin, qui a bien présenté la critique des différents procédés opératoires des fistules.

SOINS PRÉLIMINAIRES. — Bozeman a eu le mérite de montrer tous les avantages qu'on peut retirer d'une préparation éloignée de la malade. C'est le temps le plus laborieux, le plus pénible, le plus long, mais aussi le plus essentiel du traitement.

La dilatation graduelle du vagin par l'emploi des boules dilatatrices et du tampon est l'acte préparatoire obligé de toute opération de fistule vésico-vaginale. Cette dilatation donne non seulement à l'opérateur ses coudées franches, mais elle amène surtout le relâchement, la libération des bords de la perte de substance, en faisant cesser la rétraction des adhérences cicatricielles qui les tirent en sens opposé. Les brides cicatricielles qui résistent doivent être sectionnées avec prudence et en plein jour, surtout lorsqu'elles avoisinent le rectum et le cul-de-sac postérieur.

Simon préfère la dilatation extemporanée, moins longue et moins pénible pour les malades. Il fait une série d'incisions au bistouri sur les brides et les parties fibreuses, et introduit l'un après l'autre des spéculums de grandeur croissante. L'anesthésie locale à la cocaïne faciliterait beaucoup ces manœuvres.

Les complications de rétrécissement ou d'oblitération de l'urèthre nécessitent un traitement spécial. Avant d'aborder celui de la fistule elle-même, on devra rétablir la perméabilité de l'urèthre dans la même séance ou dans une intervention préliminaire destinée à restaurer cet orifice. Si l'urèthre n'est que rétréci, on arrivera à l'élargir suffisamment par le passage de sondes. L'oblitération complète de ce canal nécessitera une opération analogue à celle de l'uréthrotomie externe chez l'homme.

Si ces traitements préparatoires longs et difficiles ne sont pas toujours nécessaires, par contre, le chirurgien, dans tous les cas, devra chercher à obtenir une antiseptie du vagin aussi parfaite que possible. On doit donc faire complètement disparaître, avant l'opération plastique, l'irritation du vagin et des parties voisines par des bains, des lotions, des injections. On prescrira à la malade le salol, ou le borate de soude et l'on pourra, les jours précédents, faire une série de nettoyages complets au savon, suivis d'un tamponnement de la vulve, et du vagin, avec de la gaze iodoformée. Pour les lavages, on emploie de préférence le permanganate de potasse à 1/4000, le nitrate d'argent à 1/1000 et l'oxycyanure de mercure à 4/1000. La malade sera purgée la veille, son rectum lavé. Le jour de l'opération, la vulve sera rasée, le champ opératoire savonné et largement irrigué.

L'opération sera pratiquée dans les premiers jours qui suivent les règles.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — L'anesthésie générale est le plus généralement employée. Cependant les fistules, petites, basses, faciles à aviver, pourraient très bien être opérées à la cocaïne.

La position de choix est celle de Sims, le décubitus latéral en semi-pronation. La position dorso-sacrée est suffisante quand la fistule siège bas. Pour les fistules très élevées, la position génu-pectorale est préférable, mais nécessite l'emploi de tables spéciales sur lesquelles Bozeman attache et Neugebauer place les malades. L'avantage de cette position est de rendre la fistule très apparente.

Premier temps : DÉCOUVERTE DE LA FISTULE. — Afin de diminuer le nombre des aides, quelques opérateurs, à l'exemple de Bozeman, se servent de spéculums destinés à maintenir les parois du vagin écartées automatique-

ment. L'appareil de Neugebauer est fixé sur le dos de la malade par des courroies.

Simon abaissait le col de l'utérus à l'aide d'anses de fils passés au travers des lèvres; la plupart des chirurgiens les remplacent par des pinces de Muzeux. Avant de pratiquer l'avivement, on fixe encore les bords de la fistule par deux pinces tire-balles placées aux deux extrémités opposées du grand diamètre de l'ouverture et on abaisse la fistule autant qu'il est possible. Une courte valve déprime la paroi postérieure du vagin. Une sonde métallique introduite dans la vessie en abaissera le bas-fond vers le champ opératoire. Les projections d'une lampe électrique, tenue à la main par un aide, seront utiles s'il y a quelques rétrécissements.

Deuxième temps : AVIVEMENT DE LA FISTULE. — Au lieu d'aviver en surface, comme dans la méthode américaine, on dédoublera largement la cloison vésico-vaginale. Pour cela, à l'aide d'un bistouri, on pratique une incision à l'union même de la muqueuse vaginale avec la vésicale, sur tout le pourtour de l'orifice de la fistule. Puis prenant solidement, avec une pince à griffes, le milieu de la lèvre vaginale ainsi formée, on prolonge latéralement, des deux côtés, l'incision en pleine muqueuse vaginale, et facilement on dissèque cette muqueuse. On la sépare de la vessie et on creuse ainsi, dédoublant la paroi dans une étendue de 1 à 3 centimètres, selon le cas. La même manœuvre est répétée sur la lèvre opposée, et, jalonnant de pinces les bords vaginaux libérés, on a sous les yeux un avivement en forme de cône, dont le sommet tronqué est l'orifice vésical, bordé d'une muqueuse relâchée, plissée, rendue flasque par la traction des lambeaux.

Il ne faut pas craindre de faire un large avivement.

Le dédoublement, fait ainsi, crée deux lambeaux mobiles faciles à affronter par leur surface cruentée (fig. 37).

La paroi vésicale libérée est rendue flottante et indépendante de la paroi vaginale. L'hémorragie est rarement assez considérable pour gêner ce temps opératoire. L'irrigation continue facilitera la tâche.

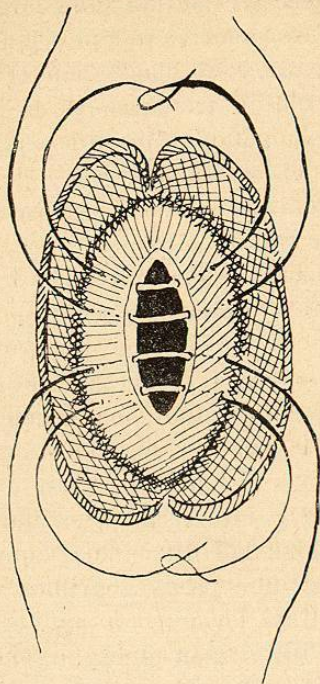


Fig. 37. — Avivement et sutures par la méthode de dédoublement.

Troisième temps : SUTURES. — Elles sont faites ordinairement sur deux plans. Quénu, Walcher, Fénomenoff, placent sur la plaie vésicale une rangée de sutures perdues au catgut en prenant bien garde, toutefois, que les fils restent sous-muqueux et ne pénètrent pas dans la vessie. Ricard ne place aucun fil sur l'orifice de la paroi vésicale, laissant la cicatrisation se faire spontanément sous la protection de la suture vaginale. On suture ensuite les lambeaux de muqueuse vaginale avec des fils d'ar-

gent. Pour cela, à l'aide de l'aiguille de Reverdin, on traverse les lambeaux à leur base, c'est-à-dire à l'angle formé par la limite du dédoublement. Après la torsion des fils, on constate un bourrelet vaginal semblable à deux lèvres accolées et faisant une large saillie dans le vagin. S'il est nécessaire, quelques points de suture au crin de Florence seront placés dans l'intervalle des fils d'argent pour réunir les lèvres de la plaie d'une façon plus complète. L'opération terminée, il faut s'assurer de l'occlusion hermétique de la vessie : la muqueuse vaginale étant étalée au moyen d'une valve et séchée avec des tampons, on remplit la vessie avec de l'eau boriquée, et on regarde si le liquide ne filtre pas à travers la suture. Si le liquide n'apparaît pas dans le vagin, la suture est bonne ; dans le cas contraire, on place un fil pour fermer la brèche. Le vagin étant bien asséché, on le tamponne légèrement avec de la gaze iodoformée. Une sonde à demeure est installée dans la vessie.

SOINS CONSÉCUTIFS. — La sonde est laissée en place au moins quarante-huit heures. On peut se servir de la sonde de Pezzer ou de celle de Sims, qui a une forme sigmoïde et tient en place par le simple effet de sa courbure. A l'extrémité de la sonde on adapte un tube en caoutchouc qui va plonger dans un urinal à moitié rempli d'eau boriquée. La malade sera sondée ensuite toutes les trois heures. Quand les conditions dans lesquelles se trouve l'opérée ne permettent pas d'assurer le cathétérisme intermittent, nous préférons, à l'exemple de Ricard, laisser la sonde à demeure pendant toute la durée de la cicatrisation ; soit dix à douze jours. La malade gardera pendant tout le temps du traitement la position du décubitus dorsal, avec les jambes soulevées par un coussin et rapprochées. On changera de temps en temps la sonde à demeure si l'on constate qu'elle s'incruste de sels cal-

caires. La vessie est lavée tous les jours avec une solution d'eau boriquée tiède. On constipera la malade au moins pendant les quatre premiers jours. On laissera le pansement en place huit à neuf jours, à moins que la gaze ne soit souillée par l'urine qui passe quelquefois entre la sonde et les parois de l'urèthre. Pour l'ablation des fils, on placera la malade sur une table à spéculum, on prendra le faisceau formé par les fils et on l'abaissera en masse. Grâce à la large boucle formée par l'anse et facile à retrouver on pourra sectionner au bon endroit. Si l'on n'aperçoit pas l'anse, on détordra les fils, d'un nombre de tours égal à celui qu'on a fait lors de l'opération, et on coupera l'un des chefs. Les fils seront enlevés avec soin, sans tirailler la plaie. Le vagin sera irrigué avec une solution antiseptique, puis séché et tramponné à la gaze iodoformée. Le douzième jour, l'opérée pourra uriner seule, et deux ou trois jours après elle se lèvera. S'il reste un petit pertuis, on obtient souvent sa cicatrisation en le touchant avec un fin crayon de nitrate d'argent. Si l'ouverture était plus grande, on essaierait d'obtenir sa réunion par quelques points de suture. Dans le cas où les règles surviendraient de suite après l'opération, on renouvellerait le pansement vaginal tous les jours.

MÉTHODE D'AVIVEMENT DIRECT. — *Méthode américaine.* —

Le traitement préliminaire, la position de la malade, le premier temps, la découverte de la fistule et les soins consécutifs sont exactement les mêmes que dans l'opération précédente; seule, la façon de faire l'avivement est différente. Sims avivait les bords de la fistule avec des ciseaux courbes, mais actuellement on se sert généralement de bistouris. L'instrument, tenu obliquement, est enfoncé à une distance de 6 à 8 millimètres des bords de l'orifice, de façon à ce que sa pointe perfore les tissus à l'union des muqueuses vaginale et vésicale et dépasse

largement les tissus cicatriciels qui seront excisés. On taille ainsi une véritable collerette annulaire autour de la fistule et on achève de la détacher avec des ciseaux (fig. 38). Dans l'avivement, Marion Sims ne touche jamais à la

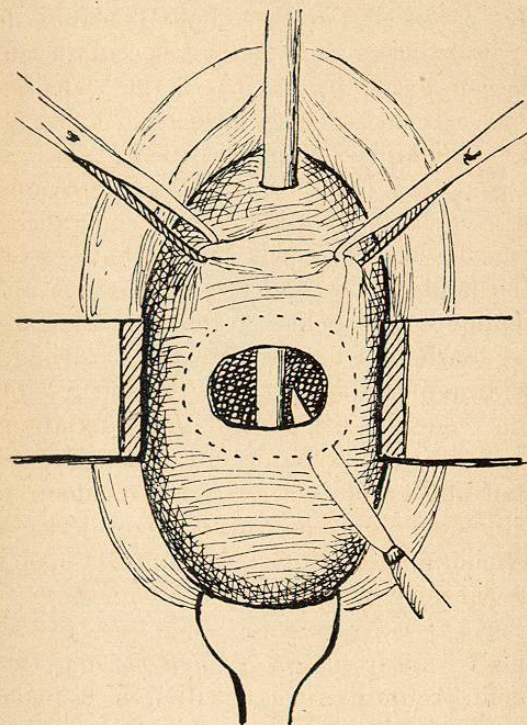


Fig. 38. — Avivement par la méthode américaine.

muqueuse de la vessie qui saigne beaucoup; il n'enlève qu'un lambeau du vagin et donne, de cette manière, un aspect d'entonnoir à la fistule, mais d'un entonnoir très évasé. Si l'on a soin d'intéresser le moins possible la muqueuse vésicale, on évitera les hémorragies en nappe; si la plaie saigne, la suture est le meilleur moyen hémostatique. Bozman et Simon avivent toute l'épaisseur du

bord de la fistule en y comprenant la muqueuse vésicale comme la muqueuse vaginale. La façon d'aviver de Sims nous semble préférable.

Quand la fistule siège très haut, près du col, il serait souvent utile d'exciser un segment cunéiforme sur sa lèvre antérieure de manière à bien découvrir l'orifice fis-

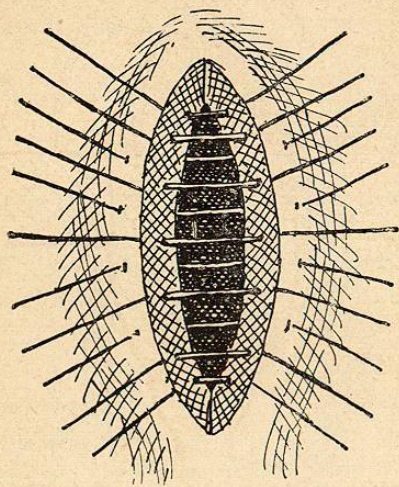


Fig. 39. — Opération de la fistule vésico-vaginale, par la méthode américaine.

Placement des sutures profondes et superficielles.

tuleux. Les sutures sont faites avec des fils d'argent qu'on fait cheminer dans l'épaisseur même de la cloison sans qu'ils pénètrent dans la vessie. On emploie à cet effet l'aiguille de Reverdin ou de fines aiguilles plates de Hagedorn, montées sur un porte-aiguille. Les fils sont placés à 5 ou 6 millimètres les uns des autres, et doivent être particulièrement nombreux au niveau des angles de la plaie pour éviter les encoches qui pourraient laisser suinter l'urine. Quelques auteurs placent entre les points de suture profonde, des points superficiels spécialement destinés à l'affrontement, et les noue avant les sutures profon-

des (fig. 39). Simon fait notamment la suture sur deux rangées, avec des fils de soie très fins : la suture de soutènement qui saisit les bords de loin et les rapproche, la suture de réunion qui assure la coaptation exacte des

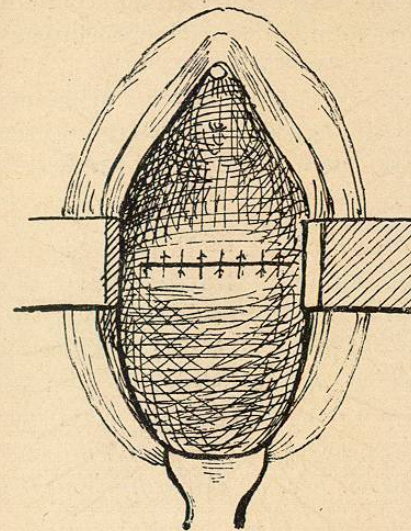


Fig. 40. — Opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine. Sutures serrées.

surfaces (fig. 40). On installera ensuite la sonde sigmoïde de Sims.

PROCÉDÉ D'AUTOPLASTIE. — Indiqué dès 1834 par Jobert, ce procédé a été perfectionné depuis par divers chirurgiens et récemment décrit avec force détails par Bruny.

Le col étant abaissé avec une pince à griffes implantée dans la lèvre antérieure, on incise le cul-de-sac antérieur et on décolle la vessie comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale (voyez p. 165).

On arrête le décollement quand on aperçoit le cul-de-sac vésico-utérin. A l'aide de deux pinces on saisit la

paroi vésicale, devenue très mobile et flasque, et on l'attire aisément en bas de façon à permettre le rapprochement des bords fistulaires. Le décollement de la paroi postérieure de la vessie doit être assez étendu pour venir fermer sans tiraillement l'orifice fistulaire. Il ne reste alors qu'à pratiquer l'avivement des bords de la fistule par le procédé de Sims et à les suturer.

Kelly avive le tiers antérieur de la fistule au niveau de sa face vaginale, jusqu'à la muqueuse vésicale et la suture à la paroi postérieure de la vessie décollée de la même manière.

PROCÉDÉ DE LANNELONGUE. — Il peut s'appliquer à des fistules qui présentent à travers leur ouverture une hernie de la paroi postérieure de la vessie. On ouvrira la muqueuse vésicale prolabée à une distance suffisante de la lèvre postérieure de la fistule, et d'un autre côté la partie antérieure du vagin. Les parties avivées sont mises en contact et retenues par des points de suture métalliques (Lannelongue, *Soc. de chirurgie*, 5 mars 1872).

PROCÉDÉ DE FREUND. — Freund l'a mis en pratique avec succès dans deux cas de fistules très étendues, l'utérus étant fixé, sans pouvoir être abaissé. Il incisa le cul-de-sac postérieur, saisit, par cette voie, le fond de l'utérus, et le fit basculer en arrière et en bas, de façon à renverser complètement la matrice. La face postérieure de l'utérus vint ainsi s'appliquer contre la perte de substance de la cloison vésico-vaginale où elle fut suturée, après avivement préalable des bords de l'utérus et de ceux de la fistule.

Pour permettre aux règles de s'écouler, il fendit le fond de l'utérus. Le résultat obtenu fut très satisfaisant. La fistule fut oblitérée, la vessie garda l'urine et le sang menstruel passa facilement par l'ouverture faite au fond de l'utérus.

b). *Voie sus-pubienne.*

Par cette voie on peut aborder les fistules urinaires soit en ouvrant la vessie par la taille hypogastrique, sans pénétrer dans la cavité péritonéale, soit en pratiquant une laparotomie transpéritonéale.

DE LA SUTURE INTRA-VÉSICALE AVEC TAILLE HYPOGASTRIQUE PRÉALABLE. — *Opération de Trendelenburg.* — Les soins préliminaires de toute laparotomie étant pris, la malade est anesthésiée et placée dans la position de Trendelenburg, la position dorso-sacrée déclive. La vessie est lavée à l'eau boriquée chaude.

On fait une incision verticale de la taille (Trendelenburg la faisait transversale), on sectionne les divers plans de la paroi abdominale et on refoule, avec le doigt, le cul-de-sac péritonéal. La face antérieure de la vessie ainsi découverte est ponctionnée au bistouri.

L'ouverture est ensuite agrandie au moyen d'un coup de ciseaux. A l'aide de deux valves ou de deux fils de soie passés à travers les lèvres de la plaie et tendus par un aide, on met à découvert l'intérieur de la cavité vésicale qu'on éclaire, au besoin, par une lampe électrique.

Reste à aviver la fistule et placer les sutures. L'avivement peut se faire, ou en excisant avec des ciseaux courbes les bords de la fistule, ou, ce qui est préférable mais plus difficile, en décollant la muqueuse vésicale de la paroi vaginale avec un bistouri courbé sur le plat. Les sutures seront faites, si possible, à deux étages, l'un inférieur sur la paroi vaginale, l'autre supérieur, sur la muqueuse vésicale. On se servira de catgut et d'aiguilles à grande courbure. La vessie sera drainée par une sonde à demeure et dans ce cas la plaie vésicale sus-pubienne sera complètement fermée par des points de suture. Si on juge nécessaire d'employer le drainage par la voie sus-pubienne,