

on se servira du simple drain en caoutchouc ou des tubes de Guyon-Perrier, accolés, et on suturera au-dessus les lèvres de l'ouverture vésicale. Les drains seront laissés en place de quatre à huit jours.

DE LA LAPAROTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES. — Bardenheuer n'ouvre pas le péritoine, il le refoule et décolle tout le feuillet péritonéal qui recouvre la face postérieure de la vessie jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. La cloison vésico-vaginale est également dédoublée jusqu'au delà de la fistule et la fistule suturée avec soin. L'opération reste tout extra-péritonéale.

Dittel, au contraire, ouvre le péritoine, incise le cul-de-sac vésico-utérin, décolle le fond de la vessie, du col utérin et dédouble la cloison vésico-vaginale, jusqu'au delà de la fistule.

Avivement et sutures des bords de la fistule.

c). *Voies ischio-rectales.*

Au sixième Congrès de chirurgie, P. Michaux a proposé cette voie dans les cas que nous avons précisés dans nos « Indications ». Nous donnerons le résumé de cette méthode d'après l'auteur lui-même :

« La femme est couchée dans la position de Sims; l'opérateur s'assure encore de la proximité de la fistule et des doigts déprimant les parties molles ischio-rectales. Cela fait, parallèlement au sillon interfessier et à un gros travers de pouce au-dessus de ce sillon, conduisez une incision de 10 centimètres environ, commençant en arrière à peu près au niveau de l'anus et finissant en avant au croisement de la grande lèvre correspondante et de l'arcade osseuse ischio-pubienne.

Cette incision vous conduit dans la graisse ischio-rectale, facile à décoller, et ne rencontre que des vaisseaux

et nerfs hémorroïdaux inférieurs, encore sont-ils situés en arrière et faciles à ménager.

La graisse refoulée, vous avez sous les yeux au fond de l'incision, la partie supérieure de la face latérale du vagin, recouverte supérieurement par les fibres antéro-postérieures du releveur de l'anus.

Le doigt introduit dans le vagin n'est plus séparé que par la paroi vaginale du doigt introduit dans la plaie; vous déterminez facilement le milieu de la face latérale du vagin et vous procédez à l'incision de cette paroi par ponction au bistouri, à 3 à 4 centimètres au-dessous du col. Vous agrandissez ensuite aux ciseaux dans l'étendue nécessaire, et, au besoin, vous incisez toute la face latérale du vagin y compris la grande lèvre.

De longues pinces hémostatiques maintiennent bien les volets de cette fenêtre vaginale et vous avez sous les yeux la région juxta-cervicale et même toute la cloison vésico-vaginale; la fistule est devenue accessible. On l'avive et on la suture comme dans l'opération ordinaire, puis on referme la boutonnière vaginale par une suture en surjet au catgut ou à la soie, et l'incision ischio-rectale par des sutures superficielles ou profondes à la soie ou au crin de Florence, avec ou sans drainage. »

OBLITÉRATION INDIRECTE DES FISTULES VÉSICO
ET URÉTHRO-VAGINALES

COLPOCLEISIS. — [Quand toutes les tentatives d'oblitération directe d'une fistule urinaire ont échoué, on a recours, comme moyen extrême, à l'oblitération du vagin, colpo-cleisis, que nous avons déjà décrite (p. 44).

OBLITÉRATION RECTALE DE LA VULVE. — Lorsque le col de la vessie est détruit, le colpo-cleisis seul ne suffit pas à empêcher l'incontinence, et il faut le compléter par la créa-

tion d'une fistule recto-vaginale, permettant au contenu vésical de s'écouler dans le rectum, transformé ainsi en réservoir urinaire. Exécutée d'abord par Backer-Brown et Maisonneuve, cette opération a été reprise par Rose. Il commence à faire par le vagin une incision de 4 centimètre et demi de longueur à la paroi antérieure du rectum. A cet effet il introduit un doigt dans l'anus et comprend dans l'incision les fibres supérieures du sphincter. Les bords des muqueuses vaginale et rectale, qui limitent cette incision sont suturés, l'un à l'autre, et les fils ramenés par l'anus. Reste à procéder à l'oblitération du vagin.

Cette opération, en plus des inconvénients qu'offre le colpocleisis et que nous avons indiqués page 44, présente encore le danger d'infection par le passage des matières fécales dans le vagin.

II. — Fistules vésico-utérines.

Les fistules vésico-utérines, que Pozzi appelle, à juste titre, juxta et intra-cervicales, sont justiciables, en grande partie, du même traitement que les fistules vésico-vaginales. On les opère souvent par la « voie sus-pubienne ». Nous ne parlerons donc que des méthodes spéciales qui les concernent.

PROCÉDÉ DE FOLLET. — Dilatation de l'urèthre de manière à pouvoir introduire l'index gauche dans la vessie.

L'utérus est fortement abaissé au moyen de deux pinces à griffes et est décollé de la vessie, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Le décollement est mené jusqu'au moment où le doigt placé dans la vessie fait apparaître à l'orifice vulvaire la paroi postérieure de la vessie trouée de la boutonnière fistuleuse. Le décollement rendant l'avivement superflu, on procède à la fer-

meture de la fistule par des points de suture au catgut en respectant la cavité vésicale.

PROCÉDÉ D'OTTO VON HERFF. — On fait une section médiane du col jusqu'à la fistule, puis la fistule est décollée de l'utérus sur une étendue d'environ 4 centimètre. Le col est attiré en bas et en arrière par deux fils passés à travers chacune des lèvres de l'incision cervicale. L'orifice fistuleux du col ainsi mis à découvert, est avivé et suturé. Reste une fistule vésico-vaginale qu'on avive et suture également.

PROCÉDÉS D'OBLITÉRATION INDIRECTE DES FISTULES VÉSICO-UTÉRINES. — *Hystéro-stomato-cleisis*. — *Suture des deux lèvres du col*. — Exécutée pour la première fois par Jobert, cette opération consiste à aviver la surface interne du col, à rapprocher ensuite les deux surfaces saignantes et à les réunir par trois points de suture. Les règles passent alors dans la vessie.

Hystéro-cleisis-vésical. — *Incarcération du col dans la vessie*. — Préconisée par Courty, cette intervention consiste à réunir la lèvre antérieure de la fistule à la lèvre postérieure du col, ou même à la partie voisine du vagin. On emprisonne ainsi le col de l'utérus dans la vessie. Le sang menstruel passe dans le réservoir urinaire.

Ces opérations qui suppriment la fécondation et vouent l'utérus à l'infection par la stagnation de l'urine ne sont évidemment qu'un pis aller.

III. — Fistules uretéro-vaginales et uretéro-utérines.

M. Baigie, à qui nous empruntons l'exposé de la méthode opératoire de son maître Bazy, indique, avec raison, que les fistules, occasionnées quelquefois par l'hys-

térectomie vaginale, rentrent généralement dans cette classe de fistules urinaires. Elles sont dues au pincement de l'uretère dans l'hémostase et surtout dans l'hémostase secondaire, alors qu'une pince a dérapé. Ce sont ordinairement des fistules uniquement uretéro-vaginales, tandis que celles qui sont produites par un accouchement laborieux sont plutôt des fistules uretéro-vésico-vaginales. On rencontre des difficultés particulières à leur oblitération directe et on risque de porter atteinte à l'intégrité du rein pour peu que l'opération compromette la perméabilité de l'uretère. On peut les aborder par deux voies : la voie vaginale et la voie abdominale. La première est indiquée dans les cas où le cathétérisme démontre la parfaite perméabilité de l'uretère et surtout dans le cas de fistules uretéro-vésico-vaginales siégeant sur le trajet intra-pariétal de l'uretère. La voie abdominale servira particulièrement pour les fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale siégeant à une certaine distance de la vessie, l'uretère étant englobé dans une certaine masse de tissus cicatriciels. L'état d'infection de l'uretère est une contre-indication de la voie abdominale.

VOIE VAGINALE

1° Méthodes d'oblitération directe.

PROCÉDÉ DE SIMON. — Simon crée une fistule vésicale si elle n'existe pas, de façon à avoir une fistule vésico-uretéro-vaginale. L'uretère est cathétérisé par cet orifice. On fend sur le cathéter la paroi vésicale, paroi antérieure de l'uretère, sur une certaine longueur. L'orifice de l'uretère est ainsi reporté en un point plus élevé de la paroi vésicale. Les jours suivants, pour maintenir ce résultat, on écarte au moyen d'un stylet les lèvres de la section intra-vésicale jusqu'à cicatrisation complète. Ce but atteint, on

avive et on suture la fistule vésico-vaginale artificielle par le procédé de Sims.

PROCÉDÉ DE LANDAU. — Le premier temps, création d'une fistule vésico-uretéro-vaginale, est le même; ensuite on cathétérise l'uretère avec une sonde molle, à partir de son orifice, et, ramenant par la fenêtre vésicale le cathéter

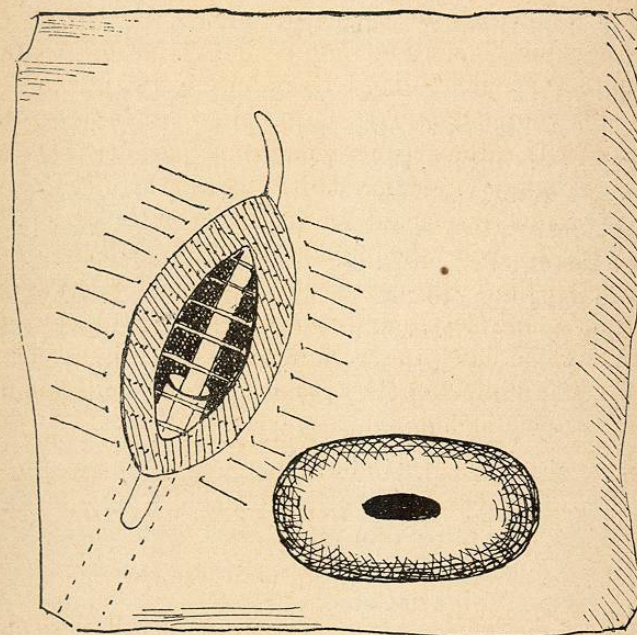


Fig. 41. — Opération de la fistule uretéro-vaginale; procédé de Landau.

dans la vessie, on le fait sortir par l'urèthre. On fait des sutures au-dessous, de telle façon que l'uretère s'abouche dans la vessie sur un plan immédiatement supérieur au plan de sutures, et ne risque pas d'être compris dans ces sutures. La sonde est laissée pendant quelques jours (fig. 41).

PROCÉDÉ DE SCHEDE. — Schede fait une sorte de colpocleisis extrêmement limité. Création de la fistule vésico-uretéro-vaginale. Cathétérisme de l'uretère au moyen d'une sonde élastique qui vient sortir par l'urèthre ; fermeture de la fistule ainsi créée par l'avivement et la suture en laissant une couronne de muqueuse vaginale autour de l'orifice de la fistule urétérale. Cet orifice se trouve donc reporté avec cette couronne de muqueuse vaginale à l'intérieur de la vessie et à distance des sutures.

PROCÉDÉ DE POZZI. — Dans un cas de fistule uretéro-vésico-vaginale chez une femme qui avait été opérée déjà onze fois sans succès, Pozzi a reporté l'orifice urétéral dans la vessie à distance de ces sutures par un procédé de dédoublement très simple. Voici la description qu'en donne son auteur : position génu-pectorale, incision transversale dans une étendue de un centimètre environ. Une incision verticale à chaque extrémité lui donne la forme d'un H renversé (\equiv renversé). Dissection des bords de l'incision transversale dans une étendue de un centimètre, de façon à obtenir deux petits lambeaux, par dédoublement de la cloison. Quand ces lambeaux sont relevés, on aperçoit, au centre de la surface cruentée, le petit orifice de la fistule. On attire l'un vers l'autre les deux lambeaux au-devant de cet orifice et on les affronte sans le moindre effort. Ils sont soigneusement suturés par trois points profonds au fil d'argent et trois points superficiels. Après la suture et par l'adossement de leurs faces profondes, ils forment, à la place où était la fistule, une petite crête saillante.

2° Méthode de la greffe urétérale

PROCÉDÉ DE SEGOND. — Abouchement uretéro-vésical par voie vaginale.

Ce procédé, très simple, fut employé par Segond avec succès dans deux cas. Il inclut l'orifice fistuleux dans la vessie en le recouvrant d'un lambeau comprenant toute l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale et fixé au vagin, préalablement avivé, derrière la fistule.

VOIE ABDOMINALE

Uretéro-cysto-néostomie.

En 1893, Bazy et Novaro, à l'insu l'un de l'autre, réussirent à guérir quatre femmes porteuses de fistules uretéro-vaginales, en faisant l'uretéro-cysto-néostomie par la voie transpéritonéale.

Bazy fait une incision médiane de 15 centimètres environ, la malade étant dans la position de Trendelenburg. De larges valves découvrent le champ opératoire. Recherche de l'uretère vers le détroit supérieur du bassin. Une fois trouvé, on l'incise longitudinalement sur l'étendue et la région convenables du péritoine qui le recouvre. Dissection soignée de ce péritoine de chaque côté de l'uretère. Introduction dans la vessie d'un gros trocart courbe de Chassaignac, dont l'extrémité mousse repousse, vers l'uretère à aboucher, un point de la paroi vésicale le plus voisin possible du bas-fond. Incision d'un centimètre de la vessie sur ce trocart, après avoir détaché le péritoine de la vessie. Puis on divise cet uretère dans un endroit convenable, le plus bas possible, mais au-dessus de tout rétrécissement, à moins qu'on puisse se borner à une incision longitudinale sur ce conduit, sans le détacher, ce qui vaut mieux. Dans les cas où l'uretère ne sera pas dilaté, et dans le but d'assurer à son nouvel orifice dans la vessie le maximum de développement, on pourra encore agrandir sa surface de section en faisant tomber

perpendiculairement sur la circonférence terminale une seconde incision longitudinale. Ce fut la pratique de Novaro. Une sonde de Nélaton n° 13 ou 14, dont le bout a été coupé, est alors introduite au moyen de la canule du gros trocart ou directement, et pénètre de quelques centimètres dans l'uretère. Les sutures se feront au catgut sur un seul plan prenant toute l'épaisseur des parois urétérale et vésicale, et affrontant exactement les muqueuses. On recouvre soigneusement la région de l'abouchement au moyen des lambeaux du péritoine, ménagés sur la vessie et le long de l'uretère, que l'on suture par un simple surjet au catgut. Fermeture de la paroi abdominale, drainage avec un Mikulicz si l'on a quelque raison de crainte. Sonde à demeure dans la vessie. On fera bien de fixer les deux sondes par un point de suture à l'une des petites lèvres. Elles seront retirées au bout de six à sept jours.

OBLITÉRATION INDIRECTE DES FISTULES URETÉRO-VAGINALES ET URETÉRO-UTÉRINES. — Le colpoceleisis sera encore une des dernières ressources auxquelles on aura recours après l'échec des méthodes d'oblitération directe. Mais, dans ces cas, il est nécessaire, avant d'oblitérer le vagin, d'établir une communication artificielle entre ce conduit et la vessie.

Dans ce but, on excisera un disque d'environ 2 centimètres de diamètre dans la cloison vésico-vaginale et on ourlera ses bords.

Si la malade refuse de subir l'occlusion du vagin, on peut pratiquer la néphrectomie, qu'il est prudent, pourtant, de réserver exclusivement aux cas où le rein a subi en même temps des altérations qui compromettent sa vitalité.

Chaput, dans un cas de fistule consécutive à l'hystérectomie, où le cathétérisme par l'orifice vaginal était im-

possible, a pratiqué avec succès l'uretéro-colostomie, l'abouchement de l'uretère fistuleuse dans le colon.

B. — FISTULES FÉCALES

On les divise, d'après leur siège, en fistules recto-vaginales, recto-utérines et entéro-vaginales.

Les premières peuvent être subdivisées à leur tour en fistules recto-vulvaires ou ano-vulvaires, recto-vaginales inférieures et recto-vaginales supérieures.

INDICATIONS. — Le moment le plus favorable pour intervenir est le même que nous avons indiqué pour les fistules urinaires. En dehors des fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale, qui s'oblitérent souvent peu de temps après l'opération, elles n'ont pas plus de tendance à la guérison spontanée que les fistules urinaires. Elles réclament donc au même titre une intervention chirurgicale; mais elles sont particulièrement difficiles à clôturer. L'infection des fils par le contact des matières fécales avec les surfaces avivées, la minceur des lèvres de la fistule sont autant de causes d'échec. L'oblitération directe des fistules fécales peut être exécutée par le vagin, par le rectum et par le périnée.

La voie vaginale doit être surtout réservée aux fistules situées dans la partie supérieure du vagin, le périnée étant intact.

La voie rectale n'est utilisée qu'exceptionnellement dans les cas de ces fistules haut situées qui n'ont pas pu être fermées par le vagin.

La voie périnéale, permettant la mobilisation du rectum et un large avivement qu'il est impossible d'obtenir par les voies directes, est la méthode de choix dans le traitement du plus grand nombre de ces fistules.

I. — **Fistules recto-vaginales.***Voie vaginale.*

SOINS PRÉLIMINAIRES. — La clôture des fistules par cette voie exige les mêmes soins que l'oblitération des fistules urinaires. Dans tous les cas, on cherchera à obtenir l'antisepsie parfaite du vagin et du rectum et on y joindra utilement l'antisepsie des intestins par un traitement médical approprié. La malade sera purgée chaque matin pendant quelques jours avant l'opération et prendra un lavement le soir. Un lavage prolongé avec l'eau boriquée à 4 p. 100 sera fait au moment de l'intervention.

MÉTHODE D'AVIVEMENT DIRECT. — Le procédé de Sims, que nous avons décrit à propos des fistules vésico-vaginales, trouve également son application dans les cas de fistules recto-vaginales et sera exécuté d'après les règles déjà données.

La malade sera placée dans la position dorso-sacrée, la paroi antérieure sera relevée par une valve. Deux autres écarteront les parois latérales. La cloison recto-vaginale est soulevée par le doigt qu'un aide passe dans le rectum.

Avivement des bords de la fistule sur une étendue de 6 à 10 millimètres sans toucher au rectum. Sutures, de préférence sur deux plans.

MÉTHODE DE DÉDOUBLEMENT. — La méthode française dont nous avons donné la description, a été aussi mise en usage pour ces fistules. Sânger y a introduit la modification suivante : après avoir suturé la perforation rectale par des points de suture perdus, à la soie, et réuni les deux lambeaux vaginaux sur deux plans, l'un profond et l'autre superficiel, il place encore une suture protectrice, à la soie, du côté du rectum, destinée à empêcher l'infiltration

des matières fécales entre les surfaces affrontées. A cet effet, il dilate l'anus après avoir placé la malade dans la position dorso-sacrée déclive.

PROCÉDÉ D'AUTOPLASTIE PAR GLISSEMENT. — En 1890, Le Dentu a exposé à la Société de chirurgie une méthode d'autoplastie par glissement à lambeaux superposés et à disposition valvulaire.

Il avive un large croissant autour de la fistule puis, de haut en bas, il clive la muqueuse vaginale sur la cloison, suivant un lambeau semi-lunaire, opposé par sa base à la demi-lune d'avivement. Il remonte par glissement ce lambeau décollé et le suture, face cruentée contre face cruentée, avec la surface d'avivement périfistulaire sur laquelle on excise un triangle médian aux dépens des tissus situés au-dessous de la fistule.

L'excision de ce triangle évite, à la base du lambeau décollé, la formation d'un cul-de-sac dans lequel s'accumuleraient les matières passant par la fistule.

SOINS CONSÉCUTIFS. — On renouvellera tous les jours la gaze iodoformée et on irriguera le vagin à courant faible. Les fils d'argent seront enlevés au bout de douze jours ; les fils de soie, qui s'infectent facilement, ne seront laissés que huit jours. La malade sera sondée pendant les premiers jours, de crainte que l'urine ne souille les sutures. Sa nourriture consistera en œufs, potages, lait. Quelques chirurgiens constipent les malades pendant toute la durée de la cicatrisation, de dix à douze jours ; mais d'autres font alterner la constipation avec les émissions alvines, tous les trois ou quatre jours.

Voie rectale.

Même traitement préliminaire, antisepsie soignée du rectum, position latérale de Sims ou genu-pectorale.

Lorsqu'on choisit cette voie, ce qui est rare, on doit tout d'abord dilater l'anus. La cavité rectale est alors facilement étalée à l'aide de courtes valves. La fistule est attirée par des pinces, et l'avivement est fait comme à l'ordinaire. L'hémorragie en nappe, assez abondante ordinairement, pouvant gêner cet acte opératoire, ainsi que le placement des sutures, on les exécutera sous l'irrigation continue avec une solution boriquée chaude. Simon conseille de passer les fils de la façon suivante : chaque fil pénètre sur un des bords de la plaie avivée, chemine dans la cloison recto-vaginale de manière à sortir dans le vagin à un demi-centimètre du bord de la fistule, refait le même trajet en sens inverse et ressort de nouveau dans le rectum au même niveau sur un point symétrique. Une mèche de gaze iodoformée sera introduite dans le rectum et couvrira les extrémités des fils.

PROCÉDÉ PAR GLISSEMENT DE SEGOND. — Segond, après avoir dilaté l'anus, incise circulairement la muqueuse anale et la dissèque avec des ciseaux dans toute la hauteur du sphincter. Il dédouble ensuite la cloison recto-vaginale jusqu'à la fistule inclusivement, mobilise le segment rectal et l'abaisse jusqu'à ce que la portion du rectum correspondant au bord supérieur de l'orifice rectal de la fistule soit suffisamment descendue pour se laisser suturer à la collerette muqueuse qui borde la peau de l'anus. Le segment rectal inférieur à la fistule est réséqué et le rectum suturé à l'anus à la soie plate. L'orifice vaginal de la perforation est ensuite avivé et suturé par le vagin. Une mèche de gaze est introduite dans la cavité vaginale et un tube en caoutchouc est placé dans le rectum.

Voie périnéale.

Richet et Simon ont préconisé l'opération qui a été

pratiquée dès 1798 par Saucerotte. Elle consiste dans la section du périnée et de la cloison recto-vaginale jusqu'à la fistule, ainsi que dans la suture de la perforation avivée et de toutes les parties sectionnées, comme s'il s'agissait d'une déchirure complète du périnée.

La colpo-périnéorrhaphie de Hégar, que nous avons décrite (p. 54), se prête mieux à l'oblitération de ces fistules, en ayant soin de comprendre la perforation dans l'avivement triangulaire. Les bords de la fistule seront réunis par des points de suture au catgut. Mais actuellement c'est aux périnéorrhaphies par dédoublement qu'on a le plus souvent recours pour le traitement des fistules recto-vaginales.

Le procédé de Lawson-Tait pour les déchirures incomplètes du périnée (p. 281) pourrait être appliqué dans les cas de fistules siégeant au-dessus du sphincter anal, le périnée étant intact. Le dédoublement est mené jusqu'au-dessus de la fistule. Avant de suturer le périnée, les orifices vaginal et rectal seront suturés au catgut ou à la soie fine, le premier par le vagin, le second du côté de la plaie.

Le procédé de Lawson-Tait pour les déchirures complètes du périnée (p. 287) servira à la réparation des fistules pas trop haut placées quand le périnée est endommagé, très mince, ou lorsqu'il est flasque malgré son épaisseur. On transformera alors la fistule en déchirure complète du périnée en le sectionnant jusqu'à la perforation.

Sänger, dans ce cas, suture isolément le rectum avec de la soie.

PROCÉDÉ DE QUÉNU. — Quand la fistule siège haut, on peut appliquer le procédé indiqué par Quénu. En avant de l'anus et à travers le périnée, on fait une incision transversale, légèrement convexe en avant. A petits

coups, guidés par l'index gauche resté dans le rectum, on le décolle du vagin jusqu'au delà des fistules dont les bords sont excisés. A partir de ce moment les deux orifices vaginal et rectal ne se font plus face : le vaginal remonte, le rectal ne lui correspond plus, — première condition favorable à la réunion. Grâce au dédoublement de la cloison, il est devenu facile de suturer à la soie, isolément, les deux orifices. La plaie périnéale restera béante, et l'on y introduira une mèche de gaze iodée : les matières et les gaz sont ainsi détournés du vagin, dans le cas où la suture rectale cède.

Les fistules recto-utérines, très rares, seront traitées comme les fistules vésico-utérines.

II. — Fistules entéro-vaginales.

Les communications de faibles dimensions entre le vagin et l'intestin situées au-dessus du rectum seront traitées par la voie vaginale à l'aide d'un large avivement. Les perforations très larges, sorte d'anus contre nature qui verse dans le vagin tout le contenu du tube digestif, réclament tout d'abord le rétablissement de la continuité de l'intestin.

On tentera de l'obtenir par la voie vaginale en sectionnant le perron avec l'entérotome de Dupuytren ou avec les longues pinces à arrêt dont les mors seront revêtus de tubes de caoutchouc. L'orifice vaginal sera ensuite avivé et suturé.

La voie abdominale offrira la dernière ressource à laquelle on aura recours en cas d'insuccès.

La laparotomie transpéritonéale permettra de libérer les deux bouts intestinaux adhérant au cul-de-sac vaginal et à les suturer bout à bout. La perforation vaginale sera également suturée.

Le rétrécissement ou l'oblitération du bout inférieur

nécessitera l'abouchement du bout supérieur à la partie la plus proche du gros intestin.

L'occlusion du vagin, précédée de l'oblitération du col de l'utérus et de la création d'une large communication entre le vagin et le rectum, restera toujours le moyen extrême auquel on aura recours dans les cas malheureux où toutes les tentatives d'oblitération ont échoué.