

Symptômes. — S'il y a atrésie complète, tous les accidents de rétention en arrière de l'obstacle se produisent, de même que dans les cas d'origine congénitale. Si, au contraire, un orifice plus ou moins grand persiste, le plus souvent le coït est possible, l'écoulement des règles est assuré. En général, cependant, la gêne amenée par l'obstacle à l'écoulement des liquides et des sécrétions favorise les infections. C'est ainsi que la vaginite, et même la métrite, sont presque la règle dans les cas de ce genre.

Traitement. — En dehors des cas d'atrésie complète (Pozzi), où il faudrait avoir recours aux traitements déjà indiqués au chapitre consacré aux atrésies congénitales, le traitement de ces cicatrices se résume dans l'excision suivie ou non, suivant les circonstances, d'une autoplastie. Le résultat est assez difficile à atteindre. Il faut bien surveiller la nouvelle cicatrisation et, souvent, une dilatation prolongée du vagin sera nécessaire. Si une bride, un rétrécissement, étaient reconnus pendant la grossesse, il faudrait essayer de lever l'obstacle par une intervention. Si cette dernière ne semblait pas devoir donner un résultat suffisant, on pourrait penser à l'avortement ou à l'accouchement prématuré.

Si l'obstacle est reconnu pendant l'accouchement, on peut être amené à pratiquer des interventions sérieuses (opération de Porro, opération césarienne, etc.).

Fistules vaginales. — Les fistules vaginales sont constituées par des orifices ou des trajets qui permettent l'écoulement de l'urine ou des matières fécales dans le vagin. Il existe donc des *fistules urinaires* et des *fistules stercorales*.

A. Fistules urinaires. — Historique. — Il faut arriver à Félix Plater, en 1597, pour trouver la première indication sur la fistule uro-génitale, puis à Louis Mercatus (1605), Severin Pincus, Fabrice de Hilden, Pierre di Marchettis et Munniks. C'est van Roohuysse, accoucheur à Amsterdam, qui chercha le premier à obtenir la cure radicale de ces fistules. On trouvera dans le *Traité des fistules uro-génitales de la femme*, par Deroubaix, l'historique complet de la question : les tâtonnements successifs des anciens, l'autoplastie du vagin par la méthode indienne (élytrophastie de Jobert), la crystoplastie ou autoplastie vaginale par locomotion, de Jobert, opération qui fut un progrès considérable dans le traitement des fistules urinaires de la femme.

Mais c'est sous l'influence de Marion Sims et de Bozeman que la cure de ces fistules prit un essor d'autant plus remarquable que les chirurgiens qui avaient mis à l'épreuve le procédé de Jobert (de Lamballe) avaient le plus souvent échoué. Le procédé américain (Hayward, Marion Sims, Bozeman) trouva des protagonistes en France (Ver-

neuil, Follin), en Angleterre (Simpson et Baker-Brown), en Allemagne (Simon, de Rostock). Ce dernier auteur contribua au succès de la méthode en formulant des règles et en indiquant des perfectionnements qui devaient rester dans la pratique chirurgicale.

A côté de ce procédé américain qui rendit des services si considérables, on doit en ranger un autre qui a été proposé par Duboué (de Pau) en 1865 et qui a été préconisé de nouveau à l'étranger par Fritsch, Sängner, Mackenrodt, Fenomenoff, et, en France, par Polosson et Ricard.

Duboué, en 1865, revenant aux idées de Dieffenbach, de Gerdy et de Collis, conseille, au lieu de l'avivement en surface, la formation de deux lambeaux opposés, destinés à être réunis par un mode particulier de suture qui participe en même temps des caractères de la suture enchevillée et de la suture entrecoupée.

Enfin, il ne faut pas oublier la voie hypogastrique qui donna de beaux succès entre les mains de Baumm, de von Dittel, de Bardenhauer et de Duplay.

L'urine peut s'écouler par un orifice provenant d'une solution de continuité de la paroi vésico-vaginale : *fistule vésico-vaginale* (p. 552); par une plaie de l'uretère : *fistule urétérale* (p. 566); par une plaie de l'urètre, *fistule uréthro-vaginale* (p. 565). L'urine peut tomber dans le vagin par l'orifice externe du col. Dans ces conditions, il faut qu'il existe une communication entre la vessie et l'utérus : *fistule vésico-utérine*, p. 564) ou entre l'utérus et l'uretère, *fistule urétéro-utérine* (p. 566).

Les fistules peuvent être produites : 1° par un traumatisme accidentel banal; 2° spontanément, par la marche progressive d'une ulcération dont le point de départ peut-être vaginal ou vésical; 3° pendant l'accouchement : a) soit par une intervention maladroite; b) soit par la longue durée de l'accouchement, qui détermine une compression des tissus, le sphacèle et la production d'une fistule; 4° pendant une opération chirurgicale.

1° Les fistules urinaires dues à un traumatisme accidentel et banal sont rares. Verneuil a signalé la production de cet accident dans une chute à califourchon. Le coït aurait pu déterminer une lésion du même genre.

2° Les fistules peuvent être sous la dépendance d'une ulcération qui, se propageant de la vessie dans le vagin ou réciproquement, détermine une solution de continuité qui, finalement, permet le passage de l'urine dans le vagin. Le cancer peut produire un tel résultat; il ne s'agit là que d'une complication du cancer. Un corps étranger soit vésical (pierre), soit vaginal (pessaire en particulier), donnera lieu quelquefois au même accident. Les cystites invétérées, les cystites tuberculeuses, en particulier, peuvent produire le même effet.

3° Dans la très grande majorité des cas, c'est l'accouchement qui est la cause des fistules urinaires.

Parfois, mais assez rarement, c'est l'application maladroite d'un instrument (céphalotribe, forceps) qui donne naissance à la fistule.

Le plus souvent, c'est à un accouchement long et laborieux qu'il faut rapporter les lésions qui aboutissent à l'écoulement de l'urine dans le vagin. La tête fœtale s'engage dans le détroit inférieur, y séjourne longtemps, comprime les tissus avec force et pendant de longues heures et finit par amener le sphacèle et, par suite, la communication entre la vessie et le canal vaginal, cas le plus habituel, entre la vessie et la portion cervicale de l'utérus, fistule vésico-utérine, ou entre l'urètre et le vagin, fistule uréthro-vaginale. Ces variétés s'expliquent aisément par le siège de la compression exercée par la tête fœtale.

4° Les fistules peuvent être d'origine chirurgicale. On peut avoir créé systématiquement une fistule vésico-vaginale, par exemple, pour remédier à une cystite douloureuse. Une taille vaginale pour calcul vésical peut être l'origine d'une fistule.

Le plus ordinairement, ces fistules sont produites accidentellement au cours d'une hystérectomie vaginale, d'une colpotomie antérieure, d'une colpo-hystéropexie antérieure ou d'une extraction d'annexes par la voie vaginale antérieure.

Dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, on est exposé à ouvrir la vessie. Il existe ordinairement, dans ces cas, une anomalie qui rend difficile l'ouverture du cul-de-sac antérieur. Ce sont parfois des adhérences ou une cystocèle très marquée, dans un cas de prolapsus génital extrême.

Dans l'extraction des annexes par le cul-de-sac antérieur, pareil accident peut se produire, soit au moment de l'ouverture du péritoine, soit consécutivement, au cours des manœuvres d'extraction.

C'est souvent pour avoir négligé de relever la vessie décollée que l'on a observé la blessure du réservoir urinaire. La fistule peut être produite d'emblée ou elle peut apparaître quelque temps après, par suite de la chute de l'escarre déterminée par une pince.

Les *fistules uréthro-vaginales* ont souvent la même origine. On a rapporté un cas où une simple incision vaginale avait donné naissance à une fistule uréthro-vaginale. Le fait est absolument exceptionnel. D'ordinaire, il faut incriminer une faute opératoire commise au cours d'une hystérectomie vaginale. La paroi vaginale n'a pas été bien relevée par une valve et on a pincé l'urètre. Plus ordinairement, la blessure de ce conduit a été constatée, quand le cancer utérin l'avait anormalement fixé près du bord de l'utérus. Le même accident s'observe quand on place, au hasard et à l'aveugle, des pinces qui ont pour but de mettre fin à une hémorragie importante. On pince ce que l'on peut et parfois on serre l'urètre entre les mors de l'instrument.

a. *Fistules vésico-vaginales*. — La perte de substance peut faire

communiquer la vessie et le vagin (*fistule vésico-vaginale*); la vessie et l'utérus (*fistule vésico-utérine ou vésico-cervicale*); la vessie, l'utérus et le vagin à la fois (*fistule vésico-utéro-vaginale*).

La *fistule vésico-vaginale* est certainement de beaucoup la plus fréquente.

Anatomie pathologique. — Elle peut occuper un point quelconque de la paroi vaginale antérieure. Tantôt elle est très antérieure et empêche sur l'urètre; tantôt elle occupe la partie moyenne de la cloison vésico-vaginale et est bien accessible; dans d'autres cas, elle est située profondément au niveau du col, c'est la fistule haute, juxta-cervicale. Plus la fistule est située profondément, plus, toutes choses égales d'ailleurs, elle est difficile à traiter.

La solution de continuité peut être étroite ou très large. Parfois l'orifice est tellement petit et si bien caché au fond d'une dépression cicatricielle qu'il est très difficile de le trouver, même en injectant un liquide coloré dans la vessie. Dans d'autres circonstances, il est très large et peut même avoir détruit la presque totalité de la cloison. C'est cet état que Deroubaix, dans son traité, a qualifié de cloaque uro-génital.

La fistule siège sur la ligne médiane dans la grande majorité des cas. Quand elle est latérale, elle se trouve plus souvent à gauche (Simon), à droite (Spiegelberg, Neugebauer).

Si elle est petite, elle peut être plus ou moins arrondie, mais, en règle générale, elle a une forme ovale ou elliptique. Sa direction est transversale très souvent, quelquefois oblique, plus rarement longitudinale.

Les bords, quand la fistule date d'un certain temps, sont durs et scléreux. Est-elle, au contraire, récente, les bords peuvent être souples. Dans les fistules anciennes et un peu larges, on peut retrouver le point où la muqueuse vaginale se rencontre avec la muqueuse vésicale. Celle-là, au niveau de la perte de substance, a une tendance à s'invaginer, à s'enrouler du côté de la vessie, à se mettre en entropion (Verneuil).

Le trajet n'existe pour ainsi dire pas : dans la majorité des cas, les deux muqueuses sont adossées et la perte de substance constitue un orifice vésico-vaginal, comme si elle avait été pratiquée à l'emporte-pièce. Cependant, dans les petites fistules infundibuliformes, il peut exister un court trajet.

ÉTAT DES ORGANES VOISINS. — Par suite de la perte de substance, l'urine s'écoule dans le vagin. Les fonctions de la vessie cessent. Le réservoir urinaire revient sur lui-même, tend à se ratatiner et à se rétrécir, à tel point que, dans les grandes fistules; il ne forme plus qu'une sorte de couvercle situé au-dessus de l'ouverture. L'urètre diminue de calibre. La paroi vésicale augmente d'épaisseur et sa muqueuse s'épaissit. Il est étonnant de constater combien la vessie sup-

porte bien la plaie qui la met en communication avec le vagin. Théoriquement, on devrait s'attendre à une infection rapide et presque fatale de la vessie. C'est le contraire qui a lieu : l'urine reste normale pendant longtemps, c'est la règle. Néanmoins, il faut reconnaître que l'inflammation gagne la vessie dans un certain nombre de cas. C'est alors qu'on rencontre les lésions de la cystite, avec épaissement des parois, etc. L'infection ne reste pas toujours localisée. Elle peut s'étendre du côté des reins et des uretères.

Le vagin résiste bien au contact de l'urine. L'inflammation du vagin n'est pas une conséquence inévitable de la fistule. Plus souvent, on remarque des lésions produites sur les téguments externes, au niveau des grandes lèvres et de la fourchette, au périnée, autour de l'anus, au pli de l'aîne, etc. Toutes ces régions sont parfois le siège d'excoriations, d'ulcérations, qui peuvent donner naissance à des suintements ou à une suppuration plus ou moins abondante.

Complications. — Cependant le vagin peut s'enflammer et ses parois sont susceptibles de s'incruster de sels calcaires. Parfois même il se forme des concrétions, et même de véritables calculs, qui siègent derrière des *lissus cicatriciels* formant des poches où stagne l'urine.

L'urètre peut être le siège d'une atrésie plus ou moins prononcée. La diminution du calibre du canal est due parfois à un véritable travail inflammatoire qui aboutit à un épaissement du tissu et à la formation de brides et de valvules.

On observe parfois la hernie de la vessie à travers les larges pertes de substance, soit sous forme d'une petite masse rouge, soit sous forme d'un gros bourgeon ou d'une masse fongueuse plus ou moins sphérique, faisant parfois une énorme saillie dans le vagin.

Autour de la fistule et sur une certaine étendue de la paroi vaginale, on constate des nodosités, des brides, des tissus cicatriciels plus ou moins étendus et qui produisent des déformations parfois considérables. Ces particularités sont dues à des cicatrices vicieuses qui donnent lieu à des élytrosténoses fort gênantes au point de vue opératoire.

Plus souvent, les fistules larges adhèrent par leur partie périphérique aux os du bassin, ce qui complique les tentatives de réparation que l'on fait sur ces fistules.

Une fistule recto-vaginale peut venir compliquer encore la situation.

Le col utérin est parfois hypertrophié, déchiré et sclérosé. L'infection peut gagner la cavité utérine et se propager par en haut.

Symptômes. — Quand la solution de continuité est produite par un traumatisme accidentel, par un instrument, au cours d'une opération, il y a hémorragie et écoulement immédiat de l'urine dans le vagin. Mais quand la fistule est consécutive à l'accouchement, la miction peut se faire d'une façon à peu près normale. Parfois il y a rétention d'urine soit immédiatement, soit peu après l'accouchement. La date

à laquelle l'urine vient à s'écouler dans le vagin, après l'accouchement, varie d'après la statistique de Deroubaix ; le plus souvent, ce serait le huitième jour que la fistule serait constituée. On observerait fréquemment l'apparition de l'urine le quatrième jour. On a vu l'accident se manifester quinze jours après la délivrance.

La fistule confirmée se traduit par l'écoulement de l'urine dans le vagin. Tantôt il est continu, tantôt il se produit d'une façon intermittente. Telle position peut augmenter ou diminuer la quantité d'urine qui s'écoule dans le vagin. Certaines vessies peuvent retenir une certaine quantité d'urine et même en expulser par l'urètre. Dans ces cas, il existe parfois de la douleur au moment de la miction. Ordinairement la malade ne laisse pas passer une goutte de liquide par son canal et perd la totalité de ses urines par la fistule. Le besoin d'uriner n'existe même plus.

Ces particularités dépendent du siège, de l'étendue, de la forme de la fistule, parfois de la disposition des parties voisines.

La fistule occupe-t-elle une large portion de la paroi vésicale et siège-t-elle profondément, les urines passent complètement dans le vagin, quelle que soit la position prise par la patiente.

Si c'est le bas-fond qui est intéressé dans sa partie la plus déclive, la perte de l'urine est encore ininterrompue, même quand la perte de substance n'est pas considérable. Au contraire, la fistule siège-t-elle près du col, l'urine est parfois retenue pendant un certain temps, quand la femme est dans la station verticale, et s'écoule dès que la femme s'allonge dans son lit. Si la perte de substance porte sur la partie antérieure de la paroi vaginale, c'est le contraire qui peut s'observer : tant que la femme reste au lit, elle reste longtemps sans perdre ses urines ; dès qu'elle se lève, le liquide s'écoule en grande abondance. Dans ces conditions, la femme peut encore uriner de temps à autre par son urètre, mais les mictions sont fréquemment désagréables et douloureuses.

Différentes particularités doivent être signalées. L'écoulement peut être rendu intermittent par l'oblitération passagère que produit sur une fistule peu large et située très haut un col utérin qui vient s'appliquer exactement sur le pourtour de l'orifice. Un bouchon obturateur formé par la paroi vaginale peut fermer momentanément la fistule. La vessie déprimée et refoulée dans la perte de substance est susceptible de jouer le rôle d'un clapet, quoique Deroubaix estime que c'est de bas en haut, du vagin vers la vessie, et non de haut en bas, de la vessie vers le vagin, que doit agir efficacement l'agent capable de clore momentanément la solution de continuité.

Si la vulve est large et haute, l'écoulement de l'urine au dehors se fera au fur et à mesure que le liquide passe de la vessie dans le vagin. Si le périnée est puissant, le releveur solide et la vulve fermée, l'urine peut s'accumuler dans le vagin pendant un certain temps, avant de

faire son apparition au dehors. Il ne faut pas se laisser tromper par ce fait que la femme ne mouille pas ses draps pendant un certain temps quand elle est au lit pour admettre que la fistule n'existe pas ou est petite. Il suffit souvent de déprimer le périnée pour faire sortir une abondante quantité de liquide. On constate le *rot vésical* (Deroubaix) quand la fistule siège près du col de la vessie. Deroubaix croit que ce bruit est produit par l'entrée subite de l'eau dans la poche urinaire sous l'influence d'un vide formé dans la cavité vésicale.

Il a été dit qu'il existait parfois, sur les téguments externes en contact continu avec l'urine, des érythèmes, des ulcérations et des excoriations souvent fort douloureuses. La vulve et le vagin peuvent être aussi atteints.

On a signalé la constipation comme complication fréquente. Peut-être faut-il en rechercher la cause dans ce fait que les malades dont l'anus est excorié redoutent le moment d'aller à la garde-robe. Somme toute, la constipation ne semble pas faire partie du cadre habituel des fistules urinaires.

La menstruation est parfois troublée. G. Simon et Freund ont rapporté des exemples où les règles sont devenues irrégulières et ont même été supprimées. Telle n'est pas la règle.

Braun avait prétendu que la stérilité était fatale quand il existait une fistule urinaire. Il est absolument certain que la fécondation peut parfaitement se produire et la grossesse évoluer jusqu'à terme. Néanmoins, on a signalé quelques cas d'avortement qui semblent devoir être mis sur le compte de la fistule vésico-vaginale.

L'écoulement perpétuel de l'urine amène non seulement des douleurs, par le fait des excoriations qui se produisent, mais il finit par entraîner des troubles dans la santé générale. Au bout d'un certain temps, la cystite survient, les urines sont troubles et ammoniacales; les linges qui entourent la patiente en sont excessivement imbibés et la malade exhale une odeur urineuse qui l'incommodé et qui est fort désagréable pour l'entourage.

L'inflammation, a-t-il été dit, peut gagner le bassin par la voie utérine. Ce n'est pas le cas ordinaire. L'infection suit une voie ascendante et s'étend de la vessie vers l'uretère et le rein. Ainsi est créée une uretéro-pyélo-néphrite qui peut entraîner la mort à échéance plus ou moins lointaine.

Diagnostic. — L'incontinence d'urine survenant dans certaines conditions — compression du col vésical pendant l'accouchement, etc., — peut faire croire à l'existence d'une fistule. Il y a lieu toujours de procéder à l'inspection directe avant d'affirmer l'existence d'une fistule urinaire.

Au cours d'une opération, quand il s'écoule subitement un liquide ressemblant à l'urine et que l'on craint d'avoir ouvert la vessie, rien n'est plus simple que de cathétériser et de rechercher la perforation

en mettant un doigt au-dessous de la vessie et en imprimant à la sonde, avec l'autre main, des mouvements qui permettent de trouver la solution de continuité.

En dehors de ces cas, on peut s'assurer de l'existence d'une fistule vésico-vaginale par le simple toucher vaginal. Mais il faut que l'orifice soit assez large. Sinon, il faut procéder avec soin à l'examen direct des parois vaginales et à d'autres manœuvres qui sont indispensables.

La patiente est mise dans la position habituelle pour l'examen des organes génitaux. Une valve déprime largement le périnée et la paroi vaginale postérieure. Un écarteur est placé sur la paroi antérieure qui est examinée sur toute son étendue. On a soin de porter son attention sur les points qui semblent être le siège d'une induration, d'une dépression ou de toute autre particularité prouvant qu'il y a eu un travail inflammatoire à ce niveau. Parfois, la position gène-pectorale peut être avantageusement mise à contribution. D'autres fistules apparaissent mieux dans le décubitus latéral. Il faut souvent imposer à la patiente l'obligation de prendre successivement ces positions afin de mieux déterminer l'existence et le siège de la fistule.

Il est bon encore d'introduire une sonde dans la vessie, soit pour injecter du liquide dans le réservoir urinaire, soit pour bien déterminer la situation de la cavité vésicale, ce qui permet de s'orienter.

Après avoir desséché le vagin, on inspecte ses parois ainsi que le col utérin et on cherche à constater s'il n'existe pas un point par lequel s'écoule une certaine quantité d'urine.

Le siège de l'orifice peut être ainsi révélé directement par la vue. Ou bien on constate simplement qu'il s'est écoulé une certaine quantité de liquide. Il est possible que l'on arrive à faire pénétrer un stylet du vagin dans la vessie et que l'on trouve ainsi le trajet. Mais souvent l'orifice est inaccessible à l'œil, aux doigts et aux instruments, caché qu'il est par des brides qui peuvent même rendre difficile la dilatation convenable du vagin. Il faut, dans tous les cas, essayer d'extérioriser le plus que l'on peut la paroi vaginale en abaissant le col utérin et même en exerçant des tractions sur la muqueuse vaginale avec des pinces.

C'est alors qu'il est nécessaire de faire une injection colorée dans la vessie (lait stérilisé, solution de permanganate de potasse, etc.). On voit ordinairement sourdre le liquide de l'injection, soit par une ouverture vaginale (fistule vésico-vaginale), soit par l'orifice externe du col (fistule cervico-vaginale). Mais il faut être prévenu que l'une de ces fistules peut parfaitement exister, alors que l'épreuve ne donne pas de résultats positifs. Nélaton avait conseillé d'introduire dans le vagin un tampon de charpie imbibé de cyanure de potassium et de fer, et d'injecter dans la vessie une solution d'un sel de sesqui-oxyde de fer; la charpie se colore en violet s'il y a communication.