

Dans tous les cas, s'il s'agit d'une fistule urétérique, le liquide injecté dans la vessie ne revient pas dans le vagin.

Le Fort badigeonnait la paroi vaginale avec une pommade au sel de plomb et faisait prendre de l'iodure de potassium à la malade, afin de déceler, par un changement de coloration au niveau du vagin, le point où s'était produite la solution de continuité. Le plus souvent l'épreuve de l'injection colorée est décisive et on peut voir s'écouler le liquide, soit par l'orifice externe, et on aura la certitude qu'il s'agit d'une fistule cervico-vaginale, soit par un point de la paroi vaginale (fistule vésico-vaginale). L'endoscopie vésicale et le cathétérisme des uretères peuvent donner, dans des cas douteux, d'utiles renseignements sur le siège de la fistule urinaire.

Quant aux fistules qui sont produites aux dépens des parois de l'urètre, il est ordinairement facile de les différencier des pertes de substance qui portent sur la vessie ou l'urètre.

**Pronostic.** — Le pronostic des fistules vésico-vaginales est variable. Sans doute, abandonnée à elle-même, une semblable perte de substance entraîne à la longue des phénomènes graves et constitue une infirmité déplorable. Mais, le plus souvent, ces fistules sont curables et on ne doit jamais renoncer à l'espoir de fermer une fistule dont la guérison semble impossible. Il ne faut pas oublier que, même un échec opératoire est souvent suivi d'une amélioration ou du moins d'une diminution dans les dimensions de la fistule. C'est ainsi que parfois le dernier chirurgien qui entreprend la cure d'une fistule ayant résisté à de multiples opérations bénéficie de toutes les interventions antérieures et arrive à guérir la patiente de son infirmité.

Les fistules vésico-vaginales peuvent se fermer spontanément (Freund, Beraud, Martin, Schultze). Mais si le fait est indiscutable, il ne faut pas trop compter sur cette éventualité. Ce qu'il faut retenir, c'est que la solution de continuité a une tendance à diminuer et qu'il faut attendre un certain temps avant d'entreprendre le traitement d'une fistule. Il faut donner à la nature le temps de réduire au minimum l'orifice fistuleux. Il est nécessaire que le travail de cicatrisation soit terminé et qu'il n'existe plus aucune inflammation, ni du côté du vagin, ni du côté de la vessie.

D'une façon générale, les fistules vésico-vaginales sont plus facilement curables que les fistules urétéro-vaginales.

**Traitement.** — Le traitement de la fistule vésico-vaginale consiste essentiellement dans l'oblitération de la perte de substance à l'aide de sutures. On pratique un avivement et on cherche la réunion immédiate. Ce n'est qu'après des échecs nombreux qu'on serait autorisé à pratiquer l'oblitération du vagin (colpocléisis) ou de la vulve (épisiorrhaphie).

**Traitement direct de la fistule.** — On peut opérer par le vagin, par la voie ischiale ou par la voie sus-pubienne pour obtenir la réunion.

**1<sup>o</sup> Voie vaginale.** — La méthode que l'on emploie le plus ordinairement est la méthode américaine, préconisée par M. Sims. Depuis quelque temps, on a vanté les bons résultats d'une méthode qui est française, la méthode de dédoublement de Duboué.

**PROCÉDÉ AMÉRICAIN.** — L'exécution de ce procédé nécessitait autrefois des instruments véritablement effrayants, tant par leur nombre que par leur complexité. Il fallait un appareil instrumental énorme aussi bien pour dilater la vulve que pour aviver et suturer la plaie, des crochets, des chaînes pour maintenir des spéculums compliqués.

Des bistouris droits, coudés, tranchant de différents côtés, ont paru et paraissent encore indispensables à la bonne exécution de cette opération. Des aiguilles coudées suivant des angles variables ont été préconisées. Le chasse-fil de Collin ou de Mathieu a rendu de grands services pour placer des fils d'argent. Enfin, les sutures qui se faisaient exclusivement au fil d'argent nécessitaient l'usage d'une spatule pour égaliser les surfaces, d'un crochet pour tous les fils, d'un tord-fil, etc.

D'autre part, la femme était placée et opérée dans la position génu-pectorale, et au prix de quelles difficultés ! Il y a lieu de simplifier singulièrement la technique opératoire et, de fait, on a successivement abandonné différents temps, différentes précautions, différents usages.

**PRÉPARATION.** — Avant de pratiquer le procédé américain, la patiente doit être soumise à un traitement préparatoire, qui a surtout pour but de rendre la fistule accessible. Il s'agit de dilater le vagin à l'aide de tampons glycerinés et stérilisés afin d'assouplir les tissus et de bien distendre le vagin. Au besoin, il sera nécessaire de sectionner au préalable certaines brides cicatricielles. Mais quand la fistule peut être atteinte aisément, quand le vagin est bien dilatable, ce temps préparatoire est supprimé et l'on attaque la fistule, après avoir pris soin d'assurer l'antisepsie du vagin et d'avoir enrayé les phénomènes inflammatoires de la vessie. Une urine infectée est une condition déplorable pour la réussite de l'opération.

**Opération proprement dite.** — La malade sera mise, en règle générale, dans la position dorsale. Parfois, la situation de la fistule rend celle-ci plus facilement accessible dans le décubitus latéral. Mais le fait est rare. Il est préférable d'adopter toujours la même position, celle qui est ordinairement employée dans toutes les opérations sur la vulve. Avec un peu d'habitude, on arrive à vaincre toutes les difficultés.

**1<sup>er</sup> temps. Exteriorisation.** — Le premier temps est d'une importance capitale : c'est l'exteriorisation de la fistule qu'il faut avoir pour objectif et, dans tous les cas, on doit rendre la solution de continuité aussi accessible que possible à l'œil, aux doigts, aux instruments. C'est une recommandation qui semble banale, mais qui n'est pas assez suivie. On ne sait pas ordinairement exterioriser



comme il convient une fistule. On n'y arrive pas toujours, mais on peut arriver, le plus souvent, à mettre la fistule en bonne situation pour être opérée. Il faut abaisser le col utérin autant que possible, accrocher la paroi vaginale antérieure en avant, sur les côtes et derrière la solution de continuité, afin de rendre plus accessible la

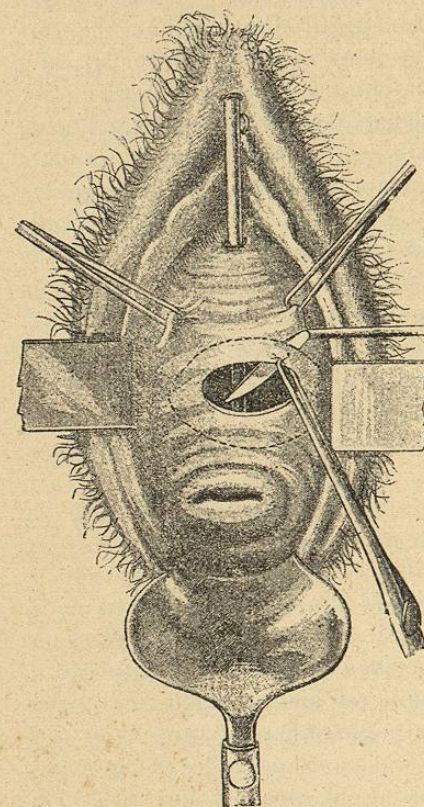


Fig. 136. — Avivement de la fistule vésico-vaginale.

fistule. Une valve postérieure permettra de bien dilater le vagin (fig. 136).

2<sup>e</sup> temps. Avivement. — Les bords de la fistule sont déjà bien tendus et fixés avec une pince à griffes. Avec un bistouri à lame étroite, on enlève un coin oblique de la muqueuse vaginale. La pointe de l'instrument s'enfonce dans la paroi vaginale à 1 centimètre du bord de la fistule et vient ressortir plus superficiellement qu'elle n'était entrée, juste à l'union de la muqueuse vésicale et de la

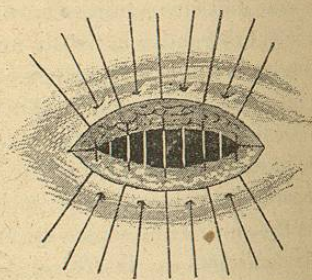


Fig. 137. — Suture de la fistule vésico-vaginale, fils profonds et superficiels en place.

muqueuse vaginale. Un avivement d'égale hauteur et d'égale épaisseur doit être fait circulairement autour de l'orifice. Il faut que l'avivement soit complet tout autour de la fistule, et si l'action du bistouri n'avait pas été satisfaisante, on la compléterait en se servant de ciseaux pour enlever les portions qui auraient échappé à l'instrument tranchant. Ce temps est important. D'un bon avivement dépend en grande partie le succès opératoire.

3<sup>e</sup> temps. Suture. — On se sert ordinairement d'un fil d'argent pour faire les sutures. L'emploi du chasse-fil (fig. 138) a des avantages et permet de poser des sutures dans des points qui sont profondément situés.

Dans quel sens faut-il placer les sutures ? Il faut que le chirurgien juge par lui-même dans quel sens il peut obtenir plus facilement le rapprochement des parties avivées. Tantôt les fils seront placés d'avant en arrière, quand la fistule a son grand diamètre transversal, tantôt ils seront mis transversalement.

L'aiguille doit entrer à une bonne distance de la périphérie de l'avivement et sortir dans la plaie vaginale, dans l'avivement, près du bord de l'orifice, non loin de la muqueuse vésicale. On place ainsi plusieurs fils profonds (fig. 137).

Des fils superficiels sont placés dans l'intervalle des fils profonds. Ces fils pénètrent près de la surface avivée et sortent près de l'orifice, moins loin que les fils profonds.

On serre les fils d'argent avec le tord-fil, avec des précautions qu'il serait trop long de décrire.

On peut se passer de ces instruments (chasse-fil, tord-fil, etc.), et faire les sutures avec un porte-aiguille ordinaire, des aiguilles courbes, du fil de soie ou du crin de Florence. L'essentiel est de faire un bon avivement et une bonne coaptation avec des fils quelconques, pourvu qu'on ait soin de ne pas trop les serrer.

PROCÉDÉ FRANÇAIS. — Dédoublement. — D'anciennes tentatives, faites par Gerdy en 1841, renouvelées par Duboué (1864), ont été reprises en Allemagne par Sängner et par Fritsch. Walcher en 1889, M. Polosson en 1893, Fenomenoff et Ricard, en 1896, ont appelé l'attention sur la valeur du procédé de dédoublement qui est, somme toute, d'origine française. L'opération consiste, en résumé, à séparer la vessie du vagin sur une certaine étendue autour de la fistule et à suturer séparément la plaie vésicale et la plaie vaginale. On peut même se passer de traiter la perte de substance qui intéresse la vessie. Il suffit de fermer hermétiquement la plaie vaginale.

Il est indubitable que ce procédé français donne d'excellents résultats et qu'il est réellement avantageux.

Mackenrodt, mettant à profit, en 1894, l'expérience qu'il avait acquise en pratiquant la vagino-fixation, préconise la fente médiane vaginale pour traiter certaines fistules vésico-vaginales.

Cet ingénieux gynécologue fixe le col et l'amène, autant que faire se peut, à la vulve. Une incision médiane est faite sur la paroi vagi-

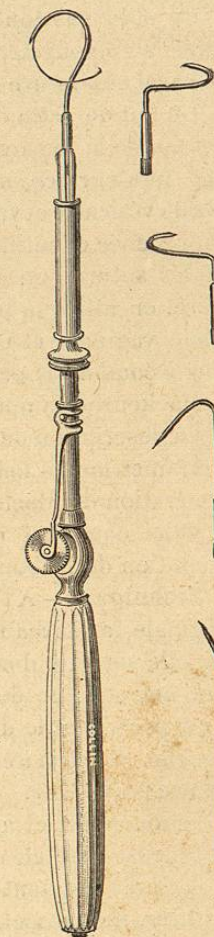


Fig. 138. — Chasse-fil de Collin.



nale antérieure, depuis le tubercule de la colonne antérieure du vagin jusqu'à 1 centimètre et demi environ de l'orifice externe. Cette incision rencontre la perte de substance vésico-vaginale. On sépare avec soin la vessie du vagin à droite et à gauche de l'incision médiane. Cette dissection est continuée tout autour de la fistule. On a ainsi un lambeau vaginal qui est détaché de la vessie non seulement au-dessus et au-dessous de la fistule, mais tout autour de celle-ci.

Ce n'est pas tout: la paroi vésico-utérine est dédoublée, comme dans la colpohystéropexie antérieure. La vessie est donc détachée de la paroi antérieure de l'utérus.

Du fait de cette dissection très étendue, qui a pour but d'isoler la vessie, de la séparer du vagin sur une large étendue, et de l'utérus sur une surface moindre, la plaie vésicale, après avivement des bords vésicaux et vaginaux de la fistule, peut être aisément mobilisée, rapprochée et suturée. Si les lambeaux vaginaux peuvent se réunir, on les suture l'un à l'autre. Si, au contraire, la réunion ne peut se faire, on attire la paroi antérieure de l'utérus entre les lèvres de la plaie vaginale et on suture chaque lambeau vaginal à l'utérus qui sert à combler la perte de substance.

Mackenrodt a opéré ainsi deux fistules.

La description de cette méthode opératoire mérite qu'on s'y arrête. Certaines larges fistules peuvent être traitées avantageusement par l'opération de Mackenrodt.

Voici comment on pratique généralement, en France, l'ancienne opération de Duboué.

**Technique.** — A l'union de la muqueuse vésicale et de la muqueuse vaginale, au niveau de l'orifice, on glisse un bistouri qui est dirigé de telle sorte qu'il sépare les deux muqueuses tout autour de l'orifice sur une étendue de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, environ. Il est parfois utile de pratiquer deux incisions latérales, à droite et à gauche, de façon à créer ainsi deux lambeaux vaginaux, l'un antérieur, l'autre postérieur.

Fenomenoff, et avec lui quelques auteurs, suturent d'abord la muqueuse vésicale et ensuite la muqueuse vaginale.

Ricard se contente d'adapter les deux lambeaux vaginaux et de les suturer, sans s'occuper de la muqueuse vésicale qui est refoulée à l'intérieur et n'est pas comprise dans les sutures.

Ce procédé a l'avantage de ménager au maximum les tissus. Il donne d'excellents résultats.

**SOINS CONSÉCUTIFS.** — Quelle que soit la technique adoptée, il est utile de mettre une sonde à demeure (sonde de Petzer ou de Malécot), ce qui est préférable au cathétérisme répété, surtout si l'on a soin de mettre l'extrémité de la sonde dans une solution de sublimé et de la changer tous les trois jours.

Les fils seront enlevés vers le quinzième jour.

**Résultats.** — Les résultats opératoires, on le devine aisément, ne sont pas toujours bons. Il faut savoir qu'on échoue parfois, même quand la fistule est petite et à *fortiori* quand la perte de substance est considérable et nécessite des incisions libératrices et la traction sur les lambeaux. Il ne faut pas se décourager et recommencer ces opérations par la voie vaginale avec constance.

**2<sup>e</sup> Voie ischio-rectale.** — Michaux a décrit une opération qui permet d'aborder la fistule par la voie ischio-rectale, en passant à la partie supérieure du vagin.

**3<sup>e</sup> Voie sus-pubienne.** — C'est à Trendelenburg que l'on doit le traitement des fistules vésico-vaginales par l'incision hypogastrique, l'ouverture de la vessie et la suture de la solution de continuité.

**TECHNIQUE OPÉRATOIRE.** — **1<sup>er</sup> temps :** *Incision hypogastrique.*

**2<sup>e</sup> temps :** *Ouverture de la vessie.*

**3<sup>e</sup> temps :** *Avivement de la fistule.* — On refoule par le vagin les tissus qui entourent la fistule et, par la vessie incisée, on dédouble la paroi vésico-vaginale tout autour de l'orifice.

**4<sup>e</sup> temps :** *Suture.* — On suture séparément, à la soie, le lambeau vaginal décollé, et la muqueuse vésicale avec du catgut.

Cette opération a donné des succès dans des cas difficiles. Il faut l'appliquer chez les malades qui ont de très vastes pertes de substance, ou qui ont un vagin très rétréci par des brides cicatricielles.

Si on juge qu'il est impossible d'oblitérer ces fistules par la voie vaginale, on a recours à la voie hypogastrique. Dans tous les cas, c'est une précieuse ressource quand les tentatives de cure de la fistule par la voie vaginale ont échoué.

**Traitement indirect.** — L'oblitération du vagin ou colpocléisis se pratique en fermant le vagin au-dessous de la fistule. L'opération consiste à faire un avivement d'une certaine étendue sur toute la circonférence du vagin. On suture la paroi antérieure à la paroi postérieure et on met des fils également sur les parties latérales, de manière à clore complètement le vagin. La partie supérieure du vagin devient une poche destinée à contenir l'urine.

L'épisiorrhaphie se pratique de la même façon. Ces deux opérations sont bien rarement indiquées. Il faut que l'opération de Trendelenburg ait échoué pour que l'on se décide à oblitérer le vagin ou la vulve.

**INDICATIONS DES OPÉRATIONS POUR LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE.** — La voie vaginale doit être préférée dans la très grande majorité des cas. Si la perte de substance est peu considérable et l'orifice très accessible, on se servira du procédé américain modifié, simplifié. La fistule est-elle haute et large, il ne faut pas hésiter à mettre en pratique la vieille opération de Duboué, modernisée.

S'il s'agit d'une énorme perte de substance, et d'une fistule très haut placée et non abaissable, si le vagin est inextensible, si par la



voie vaginale on n'a eu que des insuccès répétés, il faut exécuter l'opération de Trendelenburg.

*b. Fistules vésico-utérines.* — La fistule vésico-utérine ou vésico-cervicale n'est pas fréquente.

**Anatomie pathologique.** — L'orifice siège, du côté de la vessie, au niveau du trigone ou sur la partie moyenne du bas-fond vésical. Il est ordinairement de petite dimension. Il a été déjà dit que l'orifice qui correspond à l'utérus siège au-dessous de l'orifice interne et que, somme toute, la fistule est vésico-cervicale. C'est tantôt à la partie moyenne, tantôt à la partie inférieure du col que se trouve la solution de continuité. Le trajet de la fistule est variable; il peut être relativement assez large et faire communiquer directement la vessie avec la cavité cervicale. Parfois, il est oblique et légèrement flexueux. Ses parois sont ordinairement dures, scléreuses et recouvertes d'épithélium; souvent la fistule se trouve profondément située. Le col, souvent exulcéré, parfois déchiré, est en rétroposition et fixé par des adhérences à la paroi pelvienne postérieure.

**Traitement.** — On a préconisé la cautérisation qui compterait quelques succès entre les mains de Neugebauer. Ces tentatives peuvent être faites sans inconvénient; si la fistule est petite, il y a quelques chances de succès.

Une opération est nécessaire dans l'immense majorité des cas. Elle peut être faite par la voie vaginale ou par la voie sus-pubienne et, dans ce dernier cas, on peut se contenter de passer entre la vessie et l'utérus, ou bien on ouvre la vessie.

**VOIE VAGINALE** (Follet, Wölfler, O. Herff). — L'opération consiste en une colpotomie pratiquée devant le col. Une incision transversale faite sur la face antérieure du col et suivie d'un décollement vésico-utérin permet d'arriver vers la fistule, de bien voir l'orifice utérin et l'orifice vésical. On s'efforcera de ne pas ouvrir le péritoine. Il suffit de fermer soigneusement et séparément les deux orifices et de suturer les lèvres de l'incision vaginale.

**VOIE ABDOMINALE.** — *α. Dédoublement vésico-vaginal. Procédé de Dittel.* — Incision de la paroi abdominale et du péritoine. On ouvre le cul-de-sac vésico-utérin et on dédouble la paroi vésico-vaginale de haut en bas. On arrive sur la fistule dont on suture séparément les deux orifices.

*β. Ouverture de la vessie.* — On fait la laparotomie. On incise la vessie. On sépare des tissus utérins la muqueuse vésicale, au niveau de l'ouverture pathologique. On suture isolément les deux orifices.

**Indication.** — La voie vaginale doit être préférée. Ce n'est qu'en cas d'insuccès qu'on se détermine à faire l'incision hypogastrique, à ouvrir la vessie et à mettre des sutures sur l'orifice utérin et sur l'orifice vésical. La voie haute peut être essayée d'emblée, quand la fistule est inaccessible par la voie vaginale.

7. La fistule vésico-cervico-vaginale, plus rare que la précédente, constitue une infirmité plus grande, en ce sens que les lésions sont plus étendues et que la perte de substance est plus considérable.

Le traitement est le même que celui qui a été décrit précédemment. On est parfois obligé de faire des opérations complexes et successives. Dans ces cas, la voie haute semble offrir plus de chances de succès.

*c. Fistules urétrales.* — La perte de substance qui atteint les parois de l'urètre peut siéger sur un point quelconque de son trajet.

**Étiologie.** — Les causes de ces fistules sont à peu près les mêmes que celles qui ont été énumérées dans l'étiologie des fistules vésico-vaginales. Il suffit de mentionner les fistules congénitales (hypospadias) qui doivent être regardées comme des curiosités, tant elles sont rares. Des ulcérations (tuberculeuses, syphilitiques, etc.) peuvent donner lieu à une solution de continuité de l'urètre.

**Anatomie pathologique.** — La fistule peut être petite et siéger alors à la partie moyenne et inférieure de l'urètre. La fistule moyenne a des dimensions variables. Elle est ordinairement constituée par une vaste perte de substance qui peut être, surtout, longitudinale ou bien arrondie, ovulaire. La grande fistule est constituée par une large solution de continuité qui empiète sur le col et la cloison vésico-vaginale.

La fistule est ordinairement simple. Il peut en exister plusieurs. Les bords sont souvent indurés, comme dans la fistule vésico-vaginale. Dans certaines fistules non obstétricales, les bords peuvent être nets et sans induration autour de l'orifice. C'est le contraire qui existe après l'accouchement.

**Symptômes.** — La fistule est-elle petite ou de dimensions peu considérables et siège-t-elle sur la partie moyenne de la paroi inférieure, il n'existe pas d'incontinence d'urine. La femme perd ses urines pendant la miction, qui peut être plus fréquente que d'ordinaire et douloureuse. La quantité d'urine perdue est plus ou moins abondante et en rapport avec l'étendue de la perte de substance.

La fistule a-t-elle atteint le col de la vessie, la situation est la même, au point de vue symptomatique, que s'il y avait une véritable fistule vaginale. Les patientes perdent la totalité de leurs urines et ont tous les signes et les complications de la fistule vaginale.

L'examen direct permet de se rendre compte du siège, de l'étendue, etc., de la fistule uréthro-vaginale. Il est, en règle générale, facile d'explorer la paroi vaginale qui correspond à l'urètre et, par suite, de découvrir la solution de continuité. L'injection de liquides colorés dans la vessie est rarement utile pour déterminer le siège de la solution de continuité.

**Pronostic.** — Les petites et moyennes fistules se réparent assez aisément; mais, lorsque la perte de substance est énorme et intéresse le col, en particulier, la réparation de la fistule se trouve entourée de plus graves difficultés.