

Traitement. — La cautérisation peut donner quelques bons résultats, si l'orifice est étroit; mais d'ordinaire il faut recourir à une opération sanglante.

Quand la fistule est petite, on peut en rapprocher les bords; mais si elle a une certaine étendue, il faut pratiquer une véritable autoplastie. La restauration peut se faire (Delbecque) à l'aide d'un lambeau pris soit: 1° sur les petites lèvres; 2° sur la cloison vésico-vaginale; 3° sur le vagin; 4° sur la vulve et le vagin.

RESTAURATION DE L'URÈTRE AVEC UN LAMBEAU PRIS SUR LES PETITES LÈVRES. — Fritsch et Polaillon ont fait usage d'un lambeau pris sur les petites lèvres pour fermer l'orifice. On oblitère plus tard la fistule qui persiste.

AUTOPLASTIE A L'AIDE D'UN LAMBEAU DE LA CLOISON VÉSICO-VAGINALE. — Freund avive les bords de la fistule, taille un lambeau aux dépens de la cloison et suture cette portion de muqueuse avec les bords de la fistule. Une deuxième opération est nécessaire pour oblitérer le trajet.

RESTAURATION PAR DES LAMBEAUX PRIS SUR LE VAGIN (L. Tait et Emmet). — On circonscrit des deux côtés de la gouttière urétrale deux lambeaux de la muqueuse vaginale et on suture par leurs bords libres. On oblitère plus tard la fistule.

AUTOPLASTIES A L'AIDE DE LAMBEAUX VULVO-VAGINAUX (Péan et Legueu). — Voici comment procède Legueu:

Deux lambeaux quadrilatères sont taillés aux dépens du vagin et des petites lèvres, depuis l'orifice fistuleux jusqu'au clitoris. Il rabat ces lambeaux en dedans et les suture sur la ligne médiane, face cruentée en bas. Il place des fils pour accoler les deux surfaces cruentées.

Au bout de quinze jours, les fils sont enlevés. Dans un dernier temps, il s'agit de fermer la fistule uréthro-vaginale, ce qui doit se faire par avivement, et la solution de continuité est fermée soit transversalement, soit en ramenant en avant l'orifice vésical pour le suturer au bord postérieur de l'urètre avivé.

CRÉATION D'UN URÈTRE. — D'autres chirurgiens ont tenté la cure de la fistule en créant un urètre contre nature (création d'une fistule sous-pubienne ou d'une fistule hypogastrique).

Il est évident que c'est une extrémité à laquelle il ne faut pas aisément se résoudre.

d. Fistules urétérales. — Les fistules de l'uretère peuvent faire communiquer ce canal soit avec l'utérus (fistules urétéro-utérines), soit avec le vagin (fistules urétéro-vaginales).

1° *Fistules urétéro-utérines.* — Ces fistules sont des fistules urétéro-cervicales, c'est-à-dire que c'est avec le col que l'uretère vient s'aboucher. Elles sont rares et siègent ordinairement à gauche.

2° *Fistules urétéro-vaginales.* — Ce sont les plus fréquentes.

Elles peuvent être congénitales et sont dues à ce fait que l'uretère s'ouvre anormalement dans le vagin. Le plus souvent, elles sont acquises et peuvent être simples, ou urétéro-vaginales proprement dites, ou urétéro-vésico-vaginales. Les fistules urétéro-vaginales proprement dites se produisent au cours des hystérectomies. Les fistules urétéro-vésico-vaginales sont, d'ordinaire, consécutives à l'accouchement et sont constituées par des pertes de substance qui atteignent à la fois l'uretère, la vessie et le vagin, conditions qui rendent difficile la réparation de ces fistules.

C'est ordinairement au cours d'une hystérectomie vaginale atypique que se produit la solution de continuité. L'uretère peut être dévié et fixé en position anormale par un cancer utérin. Quelquefois l'accident se produit quand une hémorragie complique l'opération; on met à la hâte des pinces; un de ces instruments peut être placé sur le conduit urétéral. Au bout de quelques jours, la fistule est constituée. La pression d'une pince à demeure peut donner lieu à une lésion limitée de la paroi urétérale. Il s'établit une fistulette qui peut guérir spontanément.

Ces fistules opératoires présentent quelques particularités. Elles sont situées à une certaine distance de la vessie, de sorte qu'on peut retrouver un bout d'uretère assez long et relié à la vessie, au-dessous de la solution de continuité.

L'uretère est rétréci et, au-dessus du point où le calibre est diminué, on trouve une dilatation.

Symptômes. — La fistule urétérale se manifeste par l'écoulement de l'urine dans le vagin. Mais la vessie contient encore de l'urine qui est expulsée par des mictions plus ou moins fréquentes. La quantité d'urine perdue est variable. Elle peut être égale à la moitié de l'urine totale émise en vingt-quatre heures. Elle est quelquefois moindre, par ce fait que l'urine peut s'écouler en partie, de l'uretère blessé, dans la vessie.

Tout ce qui a été dit plus haut au sujet des troubles causés par la fistule vésico-vaginale est applicable ici.

Diagnostic. — Le diagnostic du siège d'une fistule vaginale quelconque ne peut se faire que par l'exploration directe.

L'examen peut faire reconnaître que l'urine s'écoule par l'orifice externe du col. On peut se demander s'il s'agit d'une fistule urétéro-cervicale ou d'une fistule vésico-cervicale. L'injection d'un liquide coloré dans la vessie pourra résoudre la difficulté. Si la fistule est vésico-utérine, le liquide coloré passe de la vessie dans le col et s'échappe par l'orifice externe.

Dans le cas contraire, il y a fistule urétérale.

Il y a lieu de remarquer que, parfois, la composition, et même la coloration, de l'urine qui s'écoule à travers le col ne ressemble pas à celle de l'urine rendue par l'urètre. Si l'on peut établir la différence

entre les deux urines récoltées, cette constatation est en faveur de la fistule urétérale.

Dans d'autres circonstances, le liquide urinaire s'écoule par le vagin. Il faut différencier la fistule urétéro-vaginale de la fistule vésico-vaginale. L'injection de lait stérilisé ou d'un liquide coloré dans la vessie peut être utile. Mais l'expérience n'est pas démonstrative. Dans certains cas, on voit un petit orifice au fond d'une cicatrice et on peut introduire une sonde qui pénètre profondément dans la direction d'un des reins.

Parfois il sort de cet orifice un jet intermittent d'urine. Ces deux éventualités sont en faveur d'une fistule urétérale. Enfin, la cystoscopie permet de constater, dans les cas de ce genre : 1° que la vessie est intacte; 2° qu'il ne s'écoule pas d'urine par l'un des orifices urétériques; 3° que la sonde urétérale, introduite dans l'orifice urétéral correspondant au canal lésé, est arrêtée à une certaine distance.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'il est des cas où la fistule est développée aux dépens de la vessie, de l'urètre et du vagin. Ce sont des cas complexes qui font souvent échouer les opérations. On croit qu'il s'agit simplement d'une fistule vésico-vaginale assez large et profondément située, alors qu'il y a lieu de traiter une fistule vésico-vagino-urétérale.

Pronostic. — Ces fistules pourraient quelquefois guérir spontanément. Le fait est exceptionnel. Il s'agit alors, du moins le plus souvent, d'une solution de continuité qui n'atteint que partiellement les parois urétérales. On peut dire, d'une façon générale, qu'une fistule urétérale est grave et qu'elle nécessite des opérations complexes, difficiles à exécuter, et dont le résultat est aléatoire.

Traitement. — Le traitement des fistules urétérales a subi, dans ces dernières années, une transformation radicale. Il est vrai que ces fistules étaient relativement rares et qu'elles sont devenues plus fréquentes depuis que l'hystérectomie vaginale est entrée dans la pratique pour les cancers, les suppurations pelviennes et les fibromes.

On avait quelquefois recours, à une époque peu éloignée de nous, à des tentatives directes faites par le vagin en se rapprochant des procédés américains ou français. Les réparations étaient presque toujours frappées d'insuccès. On en était alors réduit soit au *colpoclélisis*, soit, le plus souvent, à la *néphrectomie*.

Ce n'est que depuis quelques années que l'on s'est bien rendu compte des conditions qu'il faut, avant tout, remplir pour amener la guérison de ces fistules.

CRÉATION D'UNE LARGE PLAIE VÉSICALE. — DÉPLACEMENT DE L'URÈTÈRE. — OBLITÉRATION DIRECTE. — Simon, Dührssen, Trélat, Landau, etc., ont décrit différents procédés qui diffèrent peu et qui

peuvent se résumer ainsi : la fistule urétérale est largement agrandie aux dépens de la vessie. Une incision vésico-vaginale permet de mieux absorber la fistule. On déplace l'urètre en reportant son orifice vésical un peu plus haut et on oblitère la fistule vésicale au-dessous.

Grefte urétérale. — L'urètre sectionné peut être implanté soit : 1° au colon pelvien, soit : 2° à la vessie.

1° **ABOUCHEMENT DANS LE CÔLON.** — Chaput a rapporté l'histoire d'une fistule urétéro-vaginale guérie par l'abouchement de l'urètre dans le colon pelvien. C'est une tentative qui ne saurait être encouragée.

2° **ABOUCHEMENT DANS LA VESSIE.** — Cet abouchement peut se faire : a) par la voie vaginale (M. Davenport, Mackenrodt, Mayo, Segond, Tuffier; b) par la voie abdominale : urétéro-cystonéostomie.

a. **Abouchement par la voie vaginale.** — Mackenrodt introduit une sonde par l'urètre et exerce une pression dans l'intérieur de la vessie, de telle façon que les tissus situés autour de la fistule font saillie. Section de la paroi vésico-vaginale sur une étendue de 2 ou 3 centimètres. On isole la fistule par une incision qui comprend toute l'épaisseur de la paroi vaginale. Le lambeau, au milieu duquel on voit l'orifice fistuleux, est disséqué jusqu'au voisinage de la fistule, puis retourné de façon que la face vaginale devienne intravésicale. On suture ensuite les bords du lambeau.

b. **Abouchement par la voie abdominale. Urétéro-cystonéostomie.** — Novaro et Bazy ont tenté avec succès l'abouchement de l'urètre dans la vessie par la voie abdominale. Voici comment Bazy recommande d'opérer : la malade est mise dans la position de Trendelenburg et l'on pratique une incision hypogastrique de 12 à 15 centimètres de longueur. Les intestins sont refoulés. On pratique une incision suivant la direction de l'urètre, qui est sectionné à 1 centimètre environ de la vessie. On résèque le bout vésical. On introduit par l'urètre, dans la vessie, un cathéter qui est appliqué sur la vessie au niveau de l'orifice urétéral. La paroi vésicale fait saillie. On incise en ce point la vessie sur une longueur de 1 centimètre.

On met une sonde en caoutchouc dans l'urètre. Cette sonde passe dans la vessie et sort par l'urètre.

On tire sur la sonde de façon à faire pénétrer l'urètre dans la vessie. On suture l'urètre à la vessie avec du catgut. On ferme le ventre après avoir fait un tamponnement de Mickulicz.

INDICATIONS. — Le traitement de la fistule urétéro-vaginale doit être tenté tout d'abord par la voie vaginale. L'un des procédés décrits par Simon, Landau, etc., pourra être mis à contribution. En cas d'échec, il y aura lieu d'essayer l'abouchement de l'urètre par la voie vaginale.

Si on ne réussit pas, on ne pratiquera l'urétéro-cystonéostomie que si l'infection n'a pas gagné les voies urinaires. Dans le cas contraire, on sera acculé à la nécessité de fermer le vagin par *colpoclélisis*, ou,

ce qui vaudrait mieux à tous les points de vue, on se déciderait à pratiquer la néphrectomie.

B. Fistules stercorales. — Le vagin peut être mis, directement, en communication avec le rectum (fistule recto-vaginale); avec l'intestin grêle (fistule entéro-vaginale); ou, indirectement, en communication avec l'intestin, par l'intermédiaire de l'utérus (fistule entéro-utérine). Les fistules entéro-utérines sont absolument exceptionnelles.

Parmi les fistules stercorales, nous décrivons seulement la *fistule recto-vaginale* et la *fistule entéro-vaginale*.

a. Fistule recto-vaginale. — **Étiologie.** — La fistule peut être produite par une chute sur le périnée, ce qui est très rare, par un coït brutal; elle peut résulter de la présence prolongée d'un corps étranger dans le vagin (pessaire, etc.), de matières fécales dures dans une poche de rectocèle. On la voit apparaître à la suite d'une opération obstétricale ou chirurgicale; applications de forceps, de basiotribe; extraction d'un polype, d'une tumeur quelconque; faute dans la technique d'une colpopérinéorrhaphie, et enfin, comme accident au cours d'une hystérectomie ou d'une colpo-coeliotomie postérieure. Au cours de l'hystérectomie, on peut ouvrir le rectum avec un instrument quelconque; on peut mettre par mégarde une pince sur les parois rectales: il se produira du sphacèle qui amènera la production d'une fistule.

La simple compression prolongée d'une pince sur la paroi rectale peut l'amincir et l'ulcérer. Parfois, la fistule recto-vaginale qui se produit à la suite de l'hystérectomie est indépendante de l'opération: il s'agit alors d'un processus ulcératif qui se continue et qui avait déjà commencé dans la paroi avant l'opération. Le fait est observé dans les suppurations pelviennes, quand le streptocoque est en jeu. Les infiltrations tuberculeuses peuvent agir de la même façon.

Un abcès de la cloison peut s'ouvrir à la fois dans le rectum et dans le vagin. Une bartholinite suppurée peut produire le même effet. Des processus ulcératifs, dont le point de départ est le vagin ou le rectum, donnent le même résultat (ulcérations diverses, celles qui sont situées au-dessus d'un rétrécissement rectal, cancer, etc.). Mais c'est l'accouchement qui est le plus souvent à incriminer. On a déjà dit que les instruments employés pendant le travail peuvent donner lieu à une fistule, mais celle-ci peut se produire par la pression de la tête fœtale. L'escarre tombe et une solution de continuité fait communiquer le vagin avec le rectum. Le plus souvent, le mécanisme de la fistule qui se produit pendant l'accouchement est autre: déchirure périnéale complète; cicatrisation de la partie inférieure, la plus solide; et persistance de la solution de continuité au niveau de la cloison recto-vaginale. Somme toute, la déchirure complète du périnée s'est transformée en une fistule recto-vaginale par ce fait qu'une certaine portion des tissus périnéaux a pu se réunir secondairement.

Il suffit de signaler l'abouchement congénital de l'anus à la vulve et au vagin. Ce n'est pas une véritable fistule. C'est un vice de conformation.

Anatomie pathologique. — Suivant la classification de Verneuil, on peut diviser les fistules recto-vaginales en: a) *fistules recto-vulvaires*, ce sont celles qui sont situées en avant de l'hymen; b) *fistules inférieures*, celles qui siègent à l'union de la cloison recto-vaginale et du triangle périnéal. Elles sont situées entre les fistules recto-vulvaires; et c) *fistules recto-vaginales* qui occupent la moitié supérieure de la cloison recto-vaginale. Ces fistules siègent souvent dans le cul-de-sac postérieur, parfois près de l'insertion postérieure du col. Ce sont d'ordinaire des fistules assez considérables et qui résultent d'un traumatisme chirurgical.

Les dimensions de la fistule sont variables. Elle peut être réduite à un simple pertuis. Elle a ordinairement de 1 à 2 centimètres. Quelquefois la perte de substance est énorme, et on peut introduire le doigt aisément dans le rectum à travers la fistule.

La fistule peut être constituée par un simple orifice. Dans d'autres cas, le trajet est oblique et on peut reconnaître l'existence de deux orifices. Ceux-ci sont tantôt arrondis, ovalaires, et ont des bords minces ou scléreux. D'ordinaire, la muqueuse vaginale se continue avec la muqueuse rectale au niveau de la fistule, mais il n'est pas exceptionnel de voir celle-ci faire hernie à travers l'orifice.

La production de brides, de cicatrices, d'adhérences, peut être observée. Il suffit de se reporter à ce qui a été dit à ce sujet au chapitre de la fistule vésico-vaginale.

Symptômes. — Les gaz et les matières fécales passent dans le vagin. Cependant, il est quelques distinctions à faire et qui sont nécessitées par les dimensions de la fistule. S'agit-il d'un trajet étroit et oblique, les gaz seuls passent du rectum dans le vagin. La perte de substance est-elle relativement petite, les matières solides ne passent pas. Seules, les matières liquides peuvent pénétrer dans le vagin et, parfois, d'une façon intermittente. Au contraire, si la déchirure est large, gaz et matières s'écoulent au dehors en passant par le vagin. Dans la plupart des cas, la défécation se fait encore: une partie seulement des matières est dérivée du côté du vagin.

Le passage des matières finit à la longue par produire une irritation et une inflammation du vagin et de la vulve. Des érythèmes et des excoriations se montrent sur les téguments externes qui sont en contact avec les fèces et les liquides stercoraux. L'inflammation peut gagner l'utérus.

Diagnostic. — Le toucher vaginal suffit souvent pour reconnaître et l'existence de la fistule et son siège. Parfois, le toucher rectal pourra être nécessaire. La femme sera mise dans la position dorsale ou dans le décubitus latéro-abdominal, afin que les valves puissent