

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 ulcérateur 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 ulcérateurs, 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

bien mettre à découvert le point où siège la fistule. L'introduction d'un stylet par le vagin, combinée au toucher rectal, permettra de dire à quelle distance de l'anus se trouve la perforation. Une injection de liquide coloré par le vagin peut être utile pour déterminer la hauteur à laquelle se trouve la communication.

Pronostic. — Les petites solutions de continuité peuvent guérir spontanément et il ne faut pas trop se hâter d'opérer certaines fistules recto-vaginales, consécutives à l'hystérectomie vaginale. Elles peuvent s'oblitérer spontanément.

Mais, d'une façon générale, on peut dire que la fistule recto-vaginale constitue une cruelle infirmité et qu'elle peut résister, dans les cas compliqués, aux tentatives opératoires les mieux conduites. Le siège élevé de la fistule rend la réparation plus difficile.

Dès que les bords sont transformés en un tissu dur, cicatriciel, il n'y a plus d'espoir d'assister à une cure spontanée : il y a lieu de tenter la cure chirurgicale.

Traitement. — Certaines petites fistules obliques peuvent guérir par la cautérisation. Dans la majorité des cas, il faut intervenir chirurgicalement.

Le traitement des fistules recto-vaginales a subi une heureuse transformation depuis quelques années.

La fistule peut être attaquée : 1° par le rectum ; 2° par le vagin. On peut remédier à la solution de continuité en passant : 3° par le périnée et, enfin, 4° par la voie sacrée.

1° OPÉRATION PAR LE RECTUM. — Simon avait préconisé la suture de la solution de continuité après avoir dilaté l'anus et le rectum. Ce procédé est abandonné, du moins tel qu'il a été décrit. On verra que les sutures rectales ont pu être placées comme renfort des sutures vaginales.

2° OPÉRATION PAR LE VAGIN. — C'est par le vagin que l'on s'est tout d'abord efforcé de traiter les fistules recto-vaginales et, tout naturellement, on a appliqué aux fistules fécales les procédés qui ont été inventés pour remédier aux fistules vésico-vaginales.

PROCÉDÉ D'AVIVEMENT SIMPLE ET PAR DÉDOUBLEMENT. — Les uns ont employé les sutures et l'avivement tels qu'ils sont pratiqués dans le procédé américain ; les autres ont suivi les lignes principales du procédé par dédoublement (procédé français). Les détails relatifs à l'exécution de ces deux procédés sont peu intéressants. Il suffit de se reporter à ce qui est dit au chapitre consacré au traitement des fistules vésico-vaginales. Cependant, il est bon de dire que, généralement, toutes les sutures sont faites exclusivement par le vagin. Cependant, Sanger, après avoir pratiqué le dédoublement de la paroi recto-vaginale, suture séparément la muqueuse vaginale et passe ensuite par le rectum pour pratiquer la fermeture de l'orifice rectal.

AUTOPLASTIE PAR GLISSEMENT. — Trois procédés peuvent entrer

dans cette catégorie : ceux de Fritsch, de Le Dentu et de Segond.

Le procédé de Fritsch consiste dans la taille, au-dessus de la fistule, d'un lambeau vaginal qu'on fait glisser au-devant d'elle. On trace une incision courbe au-dessus de la fistule et on décolle la muqueuse vaginale au-dessous de cette incision. On trace, au-dessous de la fistule, une deuxième incision courbe partant, en dehors, de l'extrémité droite de la première incision, descendant au-dessous de la fistule et remontant pour aller atteindre l'extrémité gauche de l'incision courbe supérieure.

On excise, entre les deux incisions, un lambeau formé par les tissus cicatriciels. On a fait basculer par en bas le lambeau supérieur et on le suture à la partie inférieure de la plaie. Les fils sont placés au-dessous de la surface cruentée.

PROCÉDÉ DE LE DENTU (1). — C'est une autoplastie par glissement, à lambeaux superposés et à disposition valvulaire.

Voici comment procède l'auteur (fig. 139) :

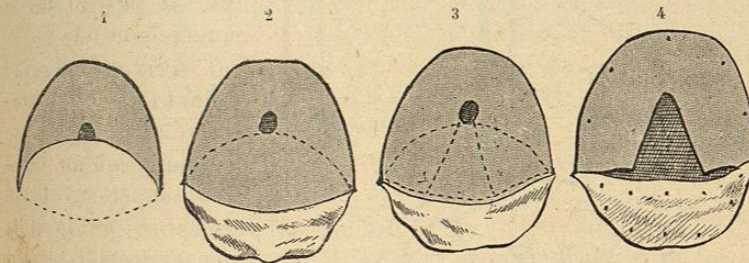


Fig. 139. — Autoplastie par glissement, procédé Le Dentu. Disposition du lambeau et de l'avivement. — 1, tracé des deux incisions courbes ; 2, dissection de la muqueuse ; 3, débridement du lambeau supérieur ; 4, aspect du champ opératoire avant l'application des sutures, et points de pénétration des fils.

1. On refoule la cloison recto-vaginale dans le vagin à l'aide d'un doigt muni d'un gant en caoutchouc.

2. Tracer une incision courbe, passant à plus d'un centimètre au-dessus de la fistule. Tracer ensuite l'incision courbe qui atteint le niveau du bord inférieur de la fistule. On avive alors la muqueuse vaginale dans toute l'étendue du croissant circonscrit par ces deux incisions.

3. On dissèque la muqueuse vaginale de haut en bas, à partir de l'incision jusqu'à une ligne représentée par un pointillé. Le point représentant la base du lambeau disséqué doit se trouver à un bon centimètre au-dessous de la fistule.

4. Le lambeau est renversé vers l'anus. Le chirurgien a sous les yeux une large surface avivée, formée d'une part par l'avivement fait aux dépens de la muqueuse vaginale et, d'autre part, par la dissection du lambeau. L'opération consiste essentiellement à faire remonter ce

(1) LE DENTU, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1890.

lambeau et à l'adapter, par sa surface cruentée, à la surface avivée. Mais il faut supprimer le cul-de-sac qui se produirait à la base du lambeau si l'on se contentait d'un glissement.

5. Avec des ciseaux, on supprime le triangle taillé aux dépens des tissus situés au-dessous de la fistule. On débride, de chaque côté, le

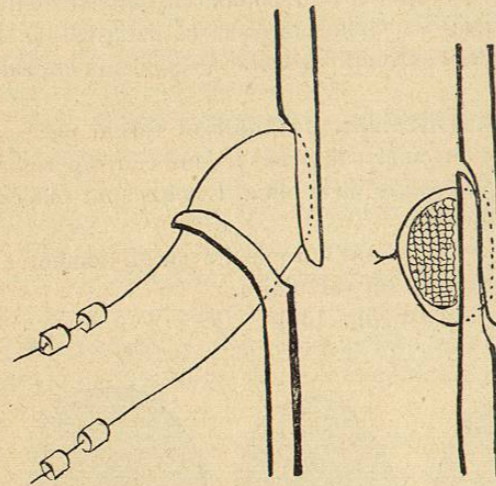


Fig. 140. — Procédé Le Dentu.
Disposition des sutures.

lambeau supérieur sur la moitié des lignes. De cette façon, le rectum est largement ouvert au-dessous de la fistule et il n'existe plus de cul-de-sac entre elle et la base du lambeau.

Pour la disposition des sutures, les fils d'argent ou de soie, assez fins, se passent de la manière suivante :

6. Avec une aiguille portant l'une des extrémités d'un fil, on pénètre dans le point du lambeau supérieur taillé au-dessus de la muqueuse rectale, et on sort après avoir fait cheminer le fil dans l'épaisseur du lambeau.

On traverse ensuite les

points (base et sommet) du lambeau inférieur avec chacune des deux aiguilles (fig. 140).

En tirant sur les deux extrémités du fil et en refoulant en arrière le lambeau inférieur, on adapte la face postérieure cruentée à la face antérieure, également cruentée, du lambeau supérieur. On fixe les deux extrémités du fil au moyen de deux tubes de Galli. On peut tordre les fils sur un bourrelet de gaze iodoformée, interposé entre leurs extrémités libres, sur la face antérieure du lambeau inférieur.

Tous les fils sont placés successivement de la même façon.

3^e OPÉRATION PAR LE PÉRINÉE. — Il faut, dans la majorité des cas, pratiquer un dédoublement de la paroi, suivant le procédé de Lawson Tait.

a. Si le périnée est résistant et si la fistule est située au-dessus du sphincter à peu près intact, il faut faire l'opération de Tait pour déchirure incomplète du périnée. On dédouble la paroi recto-vaginale au-dessus de la fistule. On ferme séparément la plaie rectale, ce qui

n'est pas indispensable, et on fait les sutures comme dans le procédé de Lawson Tait.

β. Le périnée est-il mince, on le sectionne jusqu'à la fistule et l'on pratique la périnéorrhaphie de Lawson Tait pour déchirure complète du périnée, à l'exemple de Sænger, surtout si la fistule siège haut; on suturera le rectum isolément et on fermera la plaie suivant le procédé classique de L. Tait.

4^e OPÉRATION PAR LA VOIE SACRÉE. — Ces opérations n'ont été que rarement tentées. Elles ont donné quelques bons résultats.

INDICATIONS. — C'est au procédé de dédoublement de Lawson Tait, avec sutures spéciales de l'orifice rectal, qu'il faudra avoir recours dans la majorité des cas. Le procédé de Le Dentu est recommandable pour les fistules de moyenne dimension et qui ne sont pas très haut situées.

b. *Fistules entéro-vaginales.* — Les fistules qui font communiquer l'intestin grêle avec le vagin sont assez rares. Elles peuvent résulter de la rupture du cul-de-sac de Douglas pendant l'accouchement, de l'étranglement et du sphacèle d'une anse intestinale engagée dans la plaie. C'est au cours des opérations sur le vagin que la fistule entéro-vaginale se produit ordinairement. Les manœuvres de l'hystérectomie vaginale ou de la colpo-cœliotomie peuvent donner naissance à une blessure de l'intestin grêle. Une suppuration pelvienne peut également causer la fistule entéro-vaginale.

Anatomie pathologique. — La fistule siège, dans la grande majorité des cas, dans le cul-de-sac postérieur, rarement en avant du col. L'orifice est très large (anus vaginal contre nature) et un éperon le divise en deux segments. L'inférieur a une tendance à se rétracter. Quelquefois il est représenté par un pertuis qui correspond à un côté de la paroi intestinale. L'intestin est fixé au niveau de la plaie par des adhérences. L'orifice laisse souvent un bourrelet de la muqueuse intestinale.

Du côté du vagin et des téguments internes en contact avec les matières, on trouve les lésions qui ont été décrites précédemment.

Symptômes. — Les gaz et les matières fécales passent dans le vagin. Les matières rendues varient suivant le siège de la perforation. Si c'est une portion d'intestin voisine de l'estomac qui est lésée, les matières sont liquides et on voit que les aliments sont peu digérés; les matières sont, en outre, colorées par la bile et l'écoulement s'effectue rapidement après les repas. Si la portion d'intestin est basse, les matières ne diffèrent guère de celles qui s'écoulent dans le cas de fistule recto-vaginale.

Parfois les gaz passent seuls. Dans d'autres cas, ce sont les gaz et les matières. Souvent, c'est une partie seulement des fèces qui tombent dans le vagin. Les malades vont d'ordinaire à la garde-robe et d'autant plus qu'elles perdent moins de matières par le vagin.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile. Il faut examiner avec soin le vagin. Un stylet sera introduit dans la fistule. Une injection colorée pourra aider à trouver l'orifice. Le doigt introduit dans le rectum et la présence du stylet dans le trajet permettront de dire si la fistule est rectale ou, au contraire, plus haut située.

Pronostic. — La fistule peut guérir spontanément (14 fois sur 24, Petit). Le fait est rare cependant. Mais si la fistule est large, l'opération est nécessaire. Cette infirmité est grave. La fistule qui résiste aux moyens chirurgicaux est une cause d'hypocondrie et de déchéance organique.

Traitement. — Les petites fistules peuvent guérir par la cautérisation. D'ordinaire, une opération est indispensable. On peut la pratiquer suivant trois méthodes : 1° la dérivation des matières; 2° la section de l'éperon et l'avivement; 3° la suture directe de la perforation qui peut se faire : a) par le vagin; b) par l'abdomen; c) par la voie sacrée.

1° **DÉRIVATION DES MATIÈRES.** — La colpo-cléisis a été préconisée encore dans ce cas.

Casamayor a proposé l'opération suivante : introduction, par la fistule, d'une branche d'une pince longue et courbe; l'autre branche s'introduit dans le rectum. On ferme la pince. Le sphacèle des parois recto-intestinales comprises entre les mors de la pince est obtenu et la communication qui s'ensuit est une dérivation pour les matières.

Verneuil a modifié ce procédé.

2° **SECTION DE L'ÉPERON ET AVIVEMENT.** — Comme dans le traitement de l'anus contre nature, on sectionne l'éperon avec l'entérotome de Dupuytren. Quand les matières passent aisément du bout supérieur dans le bout inférieur, on fait l'avivement et la suture des bords de la fistule. Ce procédé a donné un excellent résultat à M. Le Dentu.

3° **SUTURE DIRECTE.** — Elle peut se pratiquer, mais difficilement, par la voie vaginale. On détache l'anse adhérente au niveau de la fistule; on peut même la réséquer et faire la suture circulaire.

La suture peut mieux se faire par l'abdomen. On peut parfois arriver à décoller l'intestin et à fermer directement la fistule. Mais celle-ci adhère-t-elle trop, on peut pratiquer la résection de l'intestin et réunir le bout supérieur au bout inférieur.

En Allemagne (Hochenegg, Eselberg, Norath), on a souvent recours à l'isolement ou exclusion intestinale. On sectionne le bout supérieur de l'anse avant la fistule et le bout inférieur après la fistule. On a quatre ouvertures : l'une fait suite au bout stomacal, l'autre tient avec le segment anal de l'intestin. On les suture l'un à l'autre par une suture circulaire. Quant aux deux orifices qui dépendent de l'anse isolée et adhérente, on peut les fermer séparément par invagination; on peut les suturer tous deux à la peau ou en suturer un et le fixer à la peau et fermer l'autre.

On peut suturer la fistule en passant par la voie sacrée. Mais l'opération entraîne des dégâts considérables.

C'est à la section de l'éperon et à l'avivement par la voie vaginale qu'il faut avoir recours. Si on a échoué, on tentera une des opérations indiquées par la voie abdominale. Ces interventions abdominales sont d'une réelle gravité.

Kystes du vagin. — Les kystes qui siègent au niveau du vagin ont été entrevus par les anciens, signalés par Lisfranc et Bérard, par Hering, et décrits par Huguier. Une période moderne commence avec les travaux de Veit qui admet que ces kystes proviennent des restes embryonnaires. L'origine congénitale de la plupart de ces kystes a trouvé de nombreux défenseurs.

Étiologie et pathogénie. — Les kystes du vagin peuvent avoir des origines différentes et ne sont pas toujours de même nature.

A. *Kystes d'origine traumatique.* — Il s'agirait du développement d'une cavité kystique à la suite d'un traumatisme compliqué d'épanchement sanguin. C'est à la suite de l'accouchement que des kystes de cette nature prendraient naissance. Gotthard a observé un kyste qui aurait succédé à un thrombus puerpéral. Il y aurait lieu de distinguer : a) des kystes consécutifs à des hématomes; b) des collections séreuses comme celles décrites par Dorn à la suite d'un épanchement sanguin ou séreux dans le tissu cellulaire du vagin.

B. *Des kystes développés dans des bourses séreuses accidentelles* (Verneuil, Tillaux, Eustache), ou *professionnelles*, comme celles qui existeraient chez les prostituées par l'abus du coït (Courtty).

C. *Des kystes développés aux dépens des lacunes conjonctives ou des vaisseaux lymphatiques* (Klebs, Winckel).

D. *Des kystes d'origine glandulaire* (Huguier, Cruveilhier, Virchow); mais les glandes du vagin n'existent pas.

E. *Des kystes pseudo-glandulaires*, qui seraient dus à des dépressions de la muqueuse vaginale et simuleraient des culs-de-sac glandulaires. Van Preuschen en a décrit deux aspects : tantôt ce sont des cryptes larges mais peu profondes, tantôt ce sont des enfoncements en forme de cul-de-sac.

Ces kystes pseudo-glandulaires sont admis par Preuschen, Schmal, Hertzmann et de Hüffel.

F. *Des kystes qui peuvent être rapprochés des précédents et qui sont produits par l'adossement et la soudure de replis muqueux.* D'autres kystes seraient dus à l'inclusion de l'épithélium opératoire; au cours des colporraphies en particulier (Decio).

G. *Kystes développés aux dépens de restes embryonnaires* : a) kystes wolffiens et b) kystes mullériens.

Dans la majorité des cas, il s'agit de kystes provenant de la persistance des canaux de Wolff.