

V

FISTULES DE L'URETÈRE

Étiologie. — Les fistules de l'uretère sont congénitales, accidentelles ou spontanées. Nous parlerons plus loin (voy. *Opérations sur l'uretère*, p. 462) des fistules chirurgicales, faites de propos délibéré, dans un but thérapeutique :

1° Les fistules congénitales comprennent toutes les variétés d'abouchement anormal de l'uretère que nous avons déjà signalées au chapitre des Hydro-néphroses (voy. ce chapitre).

2° Les fistules accidentelles sont consécutives aux ruptures et aux plaies accidentelles de l'uretère survenues à l'occasion d'un traumatisme ou au cours d'une intervention chirurgicale. Les plaies longitudinales seules peuvent guérir complètement et spontanément, surtout si la partie sous-jacente de l'uretère est indemne (voy. p. 417).

3° Les fistules spontanées reconnaissent pour causes une ulcération inflammatoire de l'uretère ou sa perforation par une néoplasie envahissante, tuberculeuse ou cancer. Quelquefois l'ulcération peut être causée par un calcul de l'uretère; mais cet accident est très rare.

Anatomie pathologique. — Suivant leur siège on peut diviser les fistules urétérales en trois variétés principales : 1° fistules urétéro-cutanées; 2° fistules urétéro-vaginales; 3° fistules urétéro-intestinales.

1° Les fistules urétéro-cutanées peuvent être simples, l'abouchement de l'uretère se faisant directement à la peau : c'est un fait exceptionnel qui n'existe guère que consécutivement à une opération chirurgicale destinée à faire une urétérostomie; ou bien elles sont indirectes et l'uretère ne s'ouvre à la peau que par l'intermédiaire d'une cavité suppurée : c'est le cas des fistules spontanées dues à une ulcération de l'uretère par un calcul. L'orifice cutané est alors très éloigné de l'orifice urétéral; il siège, par exemple, à la région prévésicale, alors que l'uretère est rompu dans la fosse iliaque, et il comprend un orifice externe, un clapier purulent intermédiaire et un orifice urétéral profond, le tout plus ou moins sinueux. L'orifice cutané peut être lombaire, iliaque⁽¹⁾ ou pré-vésical. Le même uretère peut porter deux fistules, l'une lombaire, l'autre iliaque. C'est un orifice en cul de poule perdu au milieu d'un tissu de cicatrice dû au phlegmon antécédent. La pathogénie de ces fistules est alors facile à comprendre : infection urétérale, dilatation de l'uretère au-dessus d'un rétrécissement, rupture de l'uretère, abcès urinaire consécutif, ouverture, fistule urinaire. C'est un processus absolument calqué sur celui des abcès et fistules urinaires de l'urèthre.

2° Les fistules urétéro-vaginales peuvent être divisées en fistules congénitales et fistules acquises. Les fistules urétéro-vaginales congénitales coïncident souvent avec d'autres malformations; généralement elles sont unilatérales; enfin

(1) ALBARRAN, *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1895, p. 195.

l'embouchure de l'uretère a lieu soit sur la partie inférieure de la cloison vésico-vaginale, soit sur le trajet de la portion vaginale de l'urèthre. Elles peuvent coïncider avec des malformations de l'uretère ou du rein; c'est ainsi que dans le cas de Baumm⁽¹⁾, il existait deux uretères normaux et un troisième uretère anormal s'ouvrant à l'extrémité inférieure de la paroi antérieure du vagin. — Les fistules urétéro-vaginales acquises siègent au fond du vagin, et comme elles sont consécutives à une hystérectomie, c'est au milieu d'un tissu cicatriciel qu'on les trouve; c'est généralement au fond d'un entonnoir qu'on aperçoit, difficilement, un bourgeon charnu. Cet orifice est souvent médian et ne permet pas de savoir quel est le côté lésé. J'ai vu, dans un cas curieux, une fistule urétéro-vaginale qui avait été provoquée par une simple incision du col et qui était ainsi absolument médiane. Il s'agissait d'une femme qui m'avait été envoyée de Grèce et qui présentait, en même temps, un énorme fibrome utérin et cette fistule. Cet orifice offre ceci de remarquable, c'est que, consécutif à une plaie, et situé dans du tissu cicatriciel, il est toujours rétréci. Aussi après quinze à vingt jours, l'uretère et le rein sont-ils déjà très dilatés. Souvent ce tissu cicatriciel est assez long; ainsi dans le cas que je viens de citer, il existait certainement 10 centimètres de tissu scléreux formant un véritable trajet entre l'uretère dilaté et l'orifice vaginal. Très souvent l'uretère sus-jacent présente des lésions infectieuses avec dilatation.

3° Les fistules urétéro-intestinales sont aussi congénitales ou acquises.

L'uretère peut anormalement s'ouvrir chez l'embryon dans la partie postérieure du cloaque et se trouver plus tard avoir une terminaison rectale. Ces cas ne sont pas absolument rares, mais le plus souvent ils se trouvent accompagnés de troubles embryogéniques tellement profonds du côté des autres organes que les monstruosités qui en résultent sont incompatibles avec la vie. Aussi ne présentent-ils aucun intérêt clinique ou chirurgical.

Les fistules urétéro-intestinales acquises sont, dans la grande majorité des cas, des fistules chirurgicales, faites de propos délibéré dans un but thérapeutique. Je renvoie pour ces fistules au chapitre des opérations qui se pratiquent sur l'uretère (voy. p. 456). Je ne connais qu'un cas de fistule urétéro-intestinale spontanée, c'est celui de Thompson (cité par Albarran)⁽²⁾, où on vit « une pierre de l'uretère s'éliminer par le rectum ».

À côté de ces trois variétés principales de fistules urétérales, il en existe d'autres, assez nombreuses, mais beaucoup plus rares et presque toujours d'origine congénitale, que je classerai de la façon suivante :

1° Chez l'homme. — a. On a noté des abouchements anormaux de l'uretère dans l'urèthre prostatique (Carriéu⁽³⁾, Meslay et Veau⁽⁴⁾); presque tous se groupaient autour du verumontanum; — b. Brinon⁽⁵⁾ cite 9 observations d'abouchements anormaux de l'uretère dans les voies spermatiques; dans 3 cas l'abouchement se faisait dans les canaux éjaculateurs; dans les 5 autres cas, l'uretère se jetait dans la vésicule séminale.

2° Chez la femme. — a. Wölfler⁽⁶⁾ a pu réunir 5 observations d'abouchements d'uretère dans l'urèthre de la femme. — b. Les abouchements de l'uretère à la

(1) BAUMM, *Arch. f. Gynäk.*, 1892.

(2) ALBARRAN, *Annales des mal. des org. génito-urin.*, 1895, p. 202.

(3) CARRIEU, *Union méd.*, nov. 1887.

(4) MESLAY et VEAU, *Soc. anat.*, 1896.

(5) BRINON, Thèse de Paris, 1896.

(6) WÖFLER, Cité par Brinon, *loc. cit.*

vulve sont encore plus fréquents (Colzi⁽¹⁾, Secheyron⁽²⁾, Bois⁽³⁾). — *c.* Les fistules urétéro-utérines sont très rares. Je ne connais pas d'exemple de fistule urétéro-utérine congénitale. Dans les 2 cas de Förster et de Frölich⁽⁴⁾, il y avait bien terminaison de l'uretère dans l'utérus, mais cette terminaison se faisait en *cul-de-sac* dans l'épaisseur de la paroi utérine : il y avait hydronéphrose mais non fistule. Quant aux fistules urétéro-utérines acquises, je n'en connais qu'un cas rapporté par Mackenrodt⁽⁵⁾. Il s'agissait d'une femme de quarante-cinq ans chez laquelle, au cours d'un accouchement au forceps, il se produisit une déchirure du col de l'utérus; quelque temps après on constatait l'existence d'une fistule urétéro-utérine.

Ce qu'il importe surtout de noter dans l'étude des fistules urétérales, ce sont les modifications de calibre du canal urinaire dans le voisinage de la fistule. Lorsque celle-ci est située à l'extrémité terminale de l'uretère (abouchements anormaux congénitaux), ce dernier présente presque toujours un rétrécissement, souvent très accentué, au niveau de la fistule; mais ce rétrécissement est généralement limité à l'orifice seul de la fistule. Plus haut, l'uretère est dilaté et quelquefois avec lui le bassinnet et le rein (hydronéphrose); je dis « quelquefois » car le plus souvent la dilatation se borne à l'extrémité terminale de l'uretère. Dans un cas curieux observé par Schwartz⁽⁶⁾ (fistule urétéro-vulvaire), l'uretère venait s'aboucher à la vulve en cheminant sous l'urèthre normal; sa partie terminale dilatée formait en arrière de la vessie une poche assez volumineuse que, jusqu'au moment de l'opération, on prit pour une deuxième vessie. — Lorsque la fistule porte sur le trajet de l'uretère (fistules accidentelles ou spontanées), il existe presque toujours un rétrécissement plus ou moins étendu du canal en aval et en amont de la fistule. Ce rétrécissement est la règle pour le bout inférieur de l'uretère resté attaché à la vessie; il peut même aller jusqu'à l'oblitération complète de ce segment de canal. C'est ce qui explique la persistance de ces sortes de fistules, les difficultés que peut présenter le cathétérisme rétrograde de l'uretère appliqué comme moyen de traitement et l'inutilité, dans bien des cas, de la suture de l'uretère dans les fistules datant déjà d'un certain temps. Le rétrécissement du bout supérieur est également très fréquent; il peut porter sur une étendue de plusieurs centimètres. Il explique la nécessité de sa résection, lorsqu'on veut procéder à la reconstitution du canal ou à son réabouchement dans la vessie; il est cause de la dilatation urétérale et rénale sus-jacentes. Ces rétrécissements reconnaissent une double origine : l'inflammation et l'épaississement des parois (urétérite) et le développement dans leur voisinage de tissu scléreux rétractile (périurétérite).

Physiologie pathologique. — Les fistules urétérales complètes n'ont généralement aucune tendance à la guérison spontanée; mais le rétrécissement dont s'accompagne l'orifice anormal provoque une dilatation du rein qui peut amener son atrophie; de plus, la stagnation de l'urine à ce niveau, et l'ouverture de la fistule dans une cavité septique prédisposent le rein et l'uretère à une infection ascendante, à la pyélo-néphrite. J'ai cherché à montrer que cette infec-

(1) COLZI, *Lo sperimentale*, 1895.

(2) SECHEYRON, *Arch. de tocol.*, 1889.

(3) BOIS, *Soc. de chir.*, 1895.

(4) FRÖLICH, Cité par Brinon, *loc. cit.*

(5) MACKENRODT, *Berl. klin. Woch.*, 17 sept. 1894, et *Wiener med. Woch.*, 50 mars et 6 avril 1895.

(6) SCHWARTZ, *Beiträge zur klin. Chir.*, XV, 1.

tion avait d'autant plus de chances de se faire que l'ouverture urétérale était plus près du bassinnet, parce que l'urine s'écoulait là en bavant au lieu d'être expulsée par éjaculation comme cela a lieu à la partie inférieure de l'uretère. Ces recherches ont été le point de départ des procédés opératoires destinés à empêcher le reflux des agents infectieux dans l'uretère⁽¹⁾.

Symptômes. — Une fistule urétérale donne issue à de l'urine ou à un liquide uro-purulent suivant que la fistule est urétérale ou qu'elle se complique d'un clapier profond, ce qui constitue la variété uro-purulente (à rapprocher des fistules stercoro-purulentes). L'écoulement urinaire est continu si la fistule est élevée⁽²⁾, il est intermittent par éjaculation si l'orifice siège sur le tiers inférieur environ, et surtout si cet orifice est petit. L'urine est claire, limpide, et malgré l'accès facile des germes elle peut rester très longtemps normale sans albumine. Il existe à cet égard une défense fort curieuse contre l'infection. Mais, dans les cas où l'orifice s'ouvre dans un cloaque purulent ou dans l'intestin, l'urétérite et la néphrite ascendantes sont à craindre (fistules urétéro-vaginales); elles peuvent être précédées d'une hydronéphrose. Les fistules uro-purulentes donnent passage à un liquide en grande partie urinaire; elles se rétrécissent souvent et peuvent occasionner des rétentions passagères de produits septiques, avec fièvre, absolument comme nous le voyons dans les fistules pyo-stercorales. Un fait à noter, c'est que l'écoulement de l'urine, quand il est certain, peut être très variable comme quantité d'un jour à l'autre. Ce fait est remarquable dans certaines fistules urétéro-vaginales où les femmes accusent nettement des différences dans l'écoulement. L'urine excrétée par la fistule contient généralement des produits excrémentitiels en moindre quantité que l'urine émise par la vessie, et l'épreuve du bleu de méthylène m'a montré que souvent le bleu ne passait pas par le rein atteint de ces fistules : fait que j'ai rencontré souvent dans les cas où le rein avait subi depuis longtemps des phénomènes de rétention.

Marche. — Terminaison. — Ces fistules persistent en général pendant toute la vie des malades; elles sont compatibles avec une santé générale relativement bonne, mais la difficulté de recueillir l'urine qui s'en écoulent rend des plus pénibles pour les sujets qui en sont affectés. Souvent elles se compliquent de pyélo-néphrites, ce qui amène une aggravation notable de l'état du malade et peut obliger le chirurgien, à un moment donné, à pratiquer la néphrectomie : seules les fistules incomplètes peuvent guérir spontanément. (Tuffier, Reclus.)

Diagnostic. — En présence d'un écoulement de liquide urinaire par un orifice fistuleux, il s'agit de rechercher son point de départ. Lorsque l'écoulement vient d'un trajet intra-rénal, il communique avec le bassinnet, et, sauf les cas où il y a oblitération de l'uretère, la quantité d'urine émise est peu abondante; de plus, il s'agit d'une fistule uro-purulente, en général consécutive à une pyélo-néphrite. L'erreur est plus difficile à éviter quand on se trouve en face d'une fistule à long trajet anfractueux, siégeant au fond d'un conduit naturel comme le vagin ou l'utérus : s'agit-il alors d'une fistule urétérale ou d'une fistule vésicale? L'injection dans la vessie d'un liquide coloré ou de

(1) NEUMANN, *Arch. für Gyn.*, 1895, n° 3.

(2) TUFFIER, *Expériences inédites*.