

Traitement. — Les fistules urétéro-vaginales ont été longtemps considérées comme au-dessus des ressources de l'art.

La chirurgie compte aujourd'hui un certain nombre de procédés applicables à la réparation de ces fistules. Nous les classerons avec Legueu de la manière suivante :

1^o *Méthodes palliatives.* — On a conseillé l'oblitération du vagin, la néphrectomie, la ligature de l'uretère. Le chirurgien ne doit y recourir à notre avis que lorsqu'on ne peut faire autrement.

2^o *Méthodes curatives.* — Le chirurgien qui se trouve aux prises avec une fistule urétéro-vaginale a deux manières de procéder pour la guérir : l'oblitération directe et la section de l'uretère au-dessus de l'obstacle avec réabouchement dans la vessie.

Oblitération directe de la fistule. — On crée une fenêtre vésico-vaginale au voisinage de l'orifice anormal; on voit l'uretère, on le cathétérise, on agrandit l'orifice en l'incisant et en le cathétérisant les jours suivants, ultérieurement on referme la fenêtre vésico-vaginale. C'est l'opération de Simon, et, avec une petite variante, celle de Dübrum.

Landau procède de même, mais il fait ressortir par l'urèthre la sonde urétérale et ferme de suite la fenêtre vésico-vaginale (Landau, 1876. Bandl. 1877).

Schede, Trélat, Després mettent de même une sonde dans l'uretère, lui disséquent une collerette muqueuse, la refoulant dans la vessie qu'ils referment par-dessus.

Ces méthodes sont loin de réussir toujours; c'est ce qui donne un grand intérêt à la greffe urétérale, section de l'uretère et réabouchement dans le côlon (Chaput), mieux dans la vessie.

Cet abouchement urétéro-vésical a été effectué par le vagin (Davenport, Mackenrodt, Mayo, Segond, Tuffier).

Nous lui préférons l'abouchement par la voie abdominale, pratiqué en Italie par Novaro, et bien décrit en France, par Bazy, sous le nom de *urétéro-cystonéostomie*. En quelques mots, cette opération comprend : recherche abdominale de l'uretère, refoulement de la vessie à l'aide d'une forte sonde courbe, incision de la paroi vésicale et de l'uretère, suture et abouchement. Cette opération a donné d'excellents résultats à Bazy, Pozzi, Krause, Routier. Il faut cependant s'attendre à des difficultés.

C. — FISTULES URÉTHRALES

Winckel divise les fistules uréthrales en deux classes : les fistules *puerpérales* ou *obstétricales* et les fistules *non puerpérales*.

Le plus souvent les fistules sont puerpérales et dues à la compression de la tête fœtale, les fistules obstétricales traumatiques existent cependant.

Quant aux fistules *non puerpérales*, elles sont *congénitales* ou *acquises*.

Les fistules congénitales sont des anomalies de l'urèthre, de véritables hypospadias de la femme (Mosengeil, Lebedeff, Krajewski, Jummé, Coste).

Les *fistules acquises* sont la conséquence d'un traumatisme, d'une opération. Elles seraient en Russie la conséquence de mutilations dans certaines sectes religieuses (Frœlich). Des ulcérations simples, des chancres de l'urèthre pourraient les produire.

Les *fistules uréthro-vaginales* sont généralement situées dans les 3 ou 4 premiers centimètres du vagin. Verneuil a donné le nom de *fistules uréthro-cervico-vaginales* aux fistules intéressant simultanément l'urèthre et le col de la vessie.

On a trouvé une fistule uréthrale en avant d'une fistule vésicale, et le canal de l'urèthre oblitéré entre ces deux orifices. Ces oblitérations du canal de l'urèthre sont connues depuis longtemps déjà.

Les fistules se divisent en : *petites, moyennes* et *grandes*. Ces dernières sont de véritables destructions de l'urèthre.

L'écoulement de l'urine n'est pas constant et ne se produit qu'au moment d'un effort volontaire de miction.

Les fistules uréthrales ne sont pas toujours aussi faciles à guérir qu'elles paraissent au premier abord.

Traitement. — Si la fistule est petite, un bon *avivement* suffira. Pour peu qu'elle soit un peu considérable ou que ses bords soient indurés, c'est à l'*autoplastie* qu'il faut avoir recours. Le lambeau autoplastique est emprunté soit aux petites lèvres, soit à la cloison recto-vaginale, soit au vagin, soit enfin comme l'a fait Legueu tout à la fois à la vulve et au vagin.

Le plus souvent on emprunte au vagin deux lambeaux allongés que l'on suture sur la ligne médiane au-dessus d'une sonde, et on renforce cette paroi d'un ou de deux lambeaux empruntés aux petites lèvres.

On ferme dans un second temps la fistule qui persiste en arrière du nouvel urèthre.

II

FISTULES FÉCALES

Ce titre commun comprend : 1^o les *fistules recto-vaginales*; 2^o les *fistules entéro-vaginales*.

A. — FISTULES RECTO-VAGINALES

Étiologie. — La cause la plus fréquente des fistules recto-vaginales comme celle des fistules urinaires est l'*accouchement*.

Mais l'expulsion fœtale agit rarement alors par compression et gangrène; plus souvent il se produit une déchirure profonde de périnée; les parties tégumentaires seules se rapprochent; il reste dans la profondeur une ouverture fistuleuse qui fait communiquer le vagin et le rectum.

On a vu des déchirures d'origine instrumentale, forceps, crochet, céphalotribe, des perforations par corps étrangers du vagin introduits brutalement ou séjournant trop longtemps.

Enfin une catégorie spéciale de fistules recto-vaginales renferme les fistules consécutives à des abcès pelviens ou périrectaux ouverts à la fois dans le rectum et dans le vagin : tels sont notamment les abcès développés au voisinage de

rétrécissements du rectum (Février) et certains kystes dermoïdes ou fœtaux suppurés du cul-de-sac de Douglas; Terrier en a rapporté un exemple très intéressant à la Société de chirurgie (22 juin 1892).

Les fistules d'origine cancéreuse constituent une classe spéciale et ne sauraient rentrer dans cette description.

Anatomie pathologique. — Au point de vue du siège et des facilités de la réparation, il y a lieu de distinguer avec le professeur Verneuil :

1° *Des fistules recto-vulvaires;*

2° *Des fistules recto-vaginales inférieures,* dans la moitié inférieure du vagin;

3° *Des fistules recto-vaginales supérieures,* dans la moitié supérieure de ce canal.

Les *fistules recto-vulvaires* sont ordinairement réduites à un petit pertuis; le corps périnéal est presque toujours en pareil cas aminci, réduit à une lame peu considérable, présentant en somme les caractères d'une déchirure ancienne du périnée.

Les *fistules recto-vaginales inférieures* sont aussi souvent étroites, ordinairement comme taillées à l'emporte-pièce dans une cloison amincie, cicatricielle, quelquefois canaliculées, recouvertes même comme d'une sorte d'opercule par la muqueuse vaginale (Pozzi). La muqueuse rectale fait souvent dans l'orifice anormal une hernie dont la coloration rouge tranche sur la muqueuse vaginale décolorée par le travail cicatriciel.

Les *fistules recto-vaginales supérieures*, dues à l'évacuation de kystes suppurés du petit bassin, ont parfois des dimensions considérables; Pozzi en a vu une qui pouvait admettre le pouce.

La *déchirure périnéale* qui coexiste le plus souvent avec la fistule recto-vulvaire ou recto-vaginale inférieure a une grande importance thérapeutique, et, sans rien exagérer, il y a lieu de distinguer les fistules recto-vaginales avec *périnée intact* de celles qui s'accompagnent de *déchirure du périnée*, cette déchirure pouvant être soit superficielle, soit sous-cutanée, comme cela a été observé quelquefois, avec une insuffisance du sphincter à laquelle l'opération ne remédie pas toujours complètement.

Symptômes et diagnostic. — Le passage des gaz et des matières par le vagin est le signe non douteux des fistules recto-vaginales. Lorsque la fistule est petite, les gaz seuls passent par le vagin; mais, pour peu que la fistule ait un certain calibre, les matières passent aussi par cette voie anormale d'autant plus facilement qu'elles sont plus liquides, les matières solides ne passant que dans les fistules considérables.

L'*infirmité* qui résulte de ce passage incessant est des plus pénibles: la muqueuse vaginale s'enflamme au contact des matières; les parties génitales et la partie supérieure des cuisses sont constamment souillées par les matières, et, malgré les soins les plus minutieux, les malades ne peuvent arriver à se tenir propres.

L'examen direct avec les valves complète ce diagnostic en découvrant la fistule; il fait voir son siège, ses dimensions, sa forme, la constitution de ses bords, toutes notions indispensables pour le choix du procédé thérapeutique à employer.

Parfois l'orifice est assez étroit pour passer inaperçu derrière un pli ou une bride cicatricielle, et une injection, un lavement de lait sont nécessaires pour révéler le pertuis qui donne passage aux gaz et aux matières.

Pronostic. — Les fistules recto-vaginales sont extrêmement rebelles; elles résistent facilement aux interventions et c'est là un de leurs caractères cliniques les plus saillants. Il est bon que le chirurgien soit prévenu et prévienne ses malades des difficultés qu'il rencontrera dans l'application des méthodes thérapeutiques classiques. On voit parfois les meilleurs procédés échouer deux et trois fois chez les mêmes malades, sans qu'on puisse exactement déterminer la cause de ces insuccès répétés.

Traitement. — Jusque dans ces dernières années, sous l'influence des travaux de Richet en France, de Simon en Allemagne, on considérait comme une règle chirurgicale absolue de traiter par la fente totale du périnée et la périnéorrhaphie consécutive toutes les fistules recto-vaginales, quel que fût leur siège. Telle était encore la conclusion de l'excellent rapport lu sur ce sujet par M. Ch. Monod à la Société de chirurgie en 1885.

La discussion soulevée à la Société de chirurgie en 1889 a montré qu'il fallait établir des catégories différentes suivant le siège des fistules et que si la périnéorrhaphie précédée de la périnéotomie restait la méthode de choix pour les fistules recto-vulvaires ou recto-vaginales-inférieures, les méthodes d'oblitération par le vagin pouvaient rendre service pour l'oblitération des fistules recto-vaginales supérieures.

Cette importante question vient d'être remise en discussion à la Société de chirurgie (juin 1892): pour Routier et plusieurs autres de nos collègues la périnéotomie suivie de périnéorrhaphie reste la méthode de choix, tous les autres procédés ne devant être appliqués que dans quelques cas rares et exceptionnels.

A l'oblitération par le rectum dont Simon et Emmet nous ont tracé les règles, nous préférons l'opération par la *voie sacrée* (Terrier, Soc. de chir., juillet 1892), ou encore la *voie ischio-rectale* que j'ai décrite plus haut pour les fistules vésico-vaginales (P. Michaux).

Les petites fistules guérissent par la cautérisation ou par la réunion immédiate secondaire comme l'a conseillée Verneuil.

Opération par le périnée. — *Périnéotomie et périnéorrhaphie.* — Saucerotte est le premier qui ait appliqué cette méthode en 1798. Ricord, Demarquay, Baker-Brown, Richet, Simon, Rizzoli, L. Labbé, Le Dentu l'ont mise en pratique et même érigée en précepte absolu,

Alors même que le périnée est intact, ces chirurgiens ne craignent pas de fendre toute la cloison périnéale et vaginale jusqu'à la fistule pour la réparer ensuite par une périnéorrhaphie d'emblée. On a conseillé de faire l'opération en deux temps, ce qui nous semble inutile et désavantageux.

Quénu, Condamin, Legueu, ont préconisé le dédoublement du périnée comme le fait Lawson Tait, sans faire la section des parties sous-jacentes de la fistule.

Opération par le vagin. — L'opération vaginale convient aux fistules hautes non compliquées de cicatrices rendant le vagin extensible.

Elle nécessite une antisepsie soignée préalable du tube intestinal, du rectum et du vagin.

L'avivement sera fait largement et l'on aura soin dans la suture de ne pas faire passer les fils dans l'intérieur du rectum.

Le Dentu a conseillé en pareil cas la réparation de la fistule à l'aide de

lambeaux autoplastiques vaginaux. On pourra encore employer l'avivement circulaire à distance préconisé par Desprès, Trélat et Schede pour les fistules vésico-vaginales. Lorsqu'on appliquera cette méthode aux fistules basses, on fera bien d'imiter la conduite de Quénu, et d'assurer l'issue des gaz du rectum à l'aide d'un drain ou d'une mèche iodoformée disposée sous la muqueuse vaginale et venant sortir au niveau du périnée.

Segond a été plus loin; il supprime toute la portion du rectum située au-dessous de la fistule et, faisant glisser la partie supérieure après l'avoir décollée, il l'abaisse et la fixe à l'anus (Soc. de chir., 1895). Ce procédé convient surtout aux très larges fistules.

B. — FISTULES ENTÉRO-VAGINALES

Les *fistules entéro-vaginales* sont les fistules *stercorales vaginales*; si elles sont un peu volumineuses, ce sont de véritables *anus contre nature*.

Toute fistule faisant communiquer avec le vagin une partie de l'intestin autre que le rectum est une *fistule entéro-vaginale*.

Ces fistules ont été l'objet d'une étude très intéressante de L.-H. Petit, publiée dans les *Annales de gynécologie* de 1882 et 1885.

Ces fistules sont ordinairement dues à la rupture du cul-de-sac postérieur dans l'accouchement; exceptionnellement elles sont produites par des traumatismes directs ou par la suppuration de kystes dermoïdes. L'hystérectomie vaginale en a produit un certain nombre, soit directement dans les manœuvres d'un décollement difficile, soit tardivement par pincement de l'intestin et chute de l'eschare produite par la pression des pinces.

Anatomie pathologique. — Les fistules entéro-vaginales occupent presque toujours le cul-de-sac postérieur du vagin, et, dans l'intestin, la portion terminale de l'iléon ou encore l'S iliaque.

Tantôt l'orifice est large comme dans l'anus contre nature; exceptionnellement il est double, séparé en deux parties par un éperon; le plus souvent, il s'agit d'un simple pertuis.

Symptômes. — Lorsque l'orifice est large, la plus grande partie des matières passe par le vagin: ces matières sont liquides avec l'aspect des aliments incomplètement digérés et fortement mélangés de bile; elles apparaissent environ deux heures après le repas.

L'examen direct permet en général de bien apercevoir les caractères de la fistule; quand elle est petite, elle passe facilement inaperçue.

Pour peu que la fistule soit un peu considérable et qu'elle porte sur une portion un peu haute de l'intestin grêle, les malades s'épuisent vite et finissent par succomber.

Le **diagnostic** du siège de la lésion intestinale est basé sur l'examen des matières et la rapidité de leur apparition après le repas.

Une exploration attentive permet parfois de se rendre compte de l'état du bout inférieur qui est souvent fort rétréci ou même oblitéré (cas de Casamayor)⁽¹⁾.

(1) CASAMAYOR, *Journal hebd. de méd. de Paris*, t. IV, p. 170.

Traitement. — Les petites fistules sont justiciables de la cautérisation ou de l'avivement direct.

Dans les fistules un peu considérables, véritables anus contre nature, il faut d'abord détruire l'éperon à l'aide des entérotomes de Dupuytren ou de Chaput, puis fermer la fistule par avivement et suture.

La laparotomie est aujourd'hui la méthode de choix pour l'occlusion des fistules entéro-vaginales; seule elle permet bien de dégager l'intestin adhérent et de le suturer directement avec ou sans résection suivant l'état de l'intestin.

On a essayé à l'aide de pinces de dériver vers le rectum le cours des matières (Casamayor, Verneuil); il nous semblerait préférable en pareil cas de créer une entéro-anastomose avec une anse située au-dessous de la précédente, en appliquant les procédés directs qui ont déjà donné de si beaux résultats (méthodes allemandes, procédés de Chaput).

CHAPITRE V

TUMEURS DU VAGIN

Les tumeurs du vagin sont *liquides* ou *solides*.

Les tumeurs *liquides* sont les plus fréquentes: ce sont les *kystes du vagin*.

Les tumeurs *solides* sont rares: ce sont des *corps fibreux*, des *polypes*, des *cancers primitifs du vagin*.

I

TUMEURS LIQUIDES DU VAGIN.

KYSTES DU VAGIN

Les kystes du vagin ont été l'objet de nombreux travaux depuis le mémoire important et longtemps classique d'Huguier paru dans les mémoires de la Société de chirurgie de 1847.

Citons, parmi les principaux, ceux de Virchow 1865, d'A. Guérin 1864, de Preuschen en 1871, d'Eustache en 1878, de Tillaux et de son élève Thalinger en 1885, de Max Grœfe, de Sweifel, de Lebedeff, de W. Dorn en 1889, de Jacobs (de Bruxelles) dans les *Archives de physiologie normale et pathologique* de 1888; de Poupinel, *Bulletin de la Société anatomique et Revue de chirurgie*, 1889, et des observations intéressantes avec examens complets de Veit, de Rieder, de Fischel, etc.

Pathogénie. — Il ne semble pas possible actuellement, en raison surtout des travaux antérieurs, de rattacher à la même théorie pathogénique tous les kystes du vagin.

Il est cependant fort probable que la plupart d'entre eux et surtout les *grands kystes* reconnaissent pour cause une origine *embryogénique*, et se développent aux dépens de débris plus ou moins persistants du canal de Wolff. Cette théorie