

On peut à l'aide de massages, de pansements fréquents avec de gros tampons distendant le fond du vagin et encore par l'application fréquente et continue du pessaire à air, arriver à relâcher ces brides et à soulager la femme, mais le meilleur traitement consiste à sectionner la bride douloureuse, qu'on opérera en se conformant au manuel opératoire représenté par les figures ci-jointes (fig. 142, 143, 144).

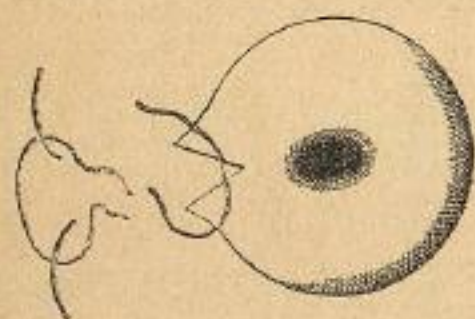


Fig. 143. — Passage des sutures.

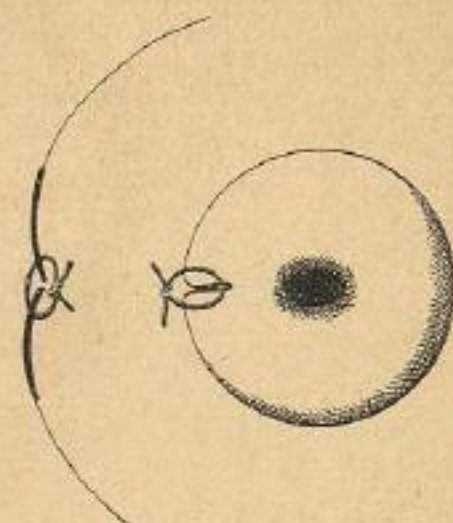


Fig. 144. — Sutures achevées et serrées.

1° Section de la bride, en enlevant un petit cube du tissu cicatriciel, et prolongement de l'avivement vers le col utérin (fig. 142);

2° Ligatures des deux lèvres de la paroi vaginale libérées par cet avivement, et, d'autre part, des deux lèvres de la paroi utérine ainsi que l'indique la figure 143;

3° Alors que les sutures sont serrées, on a le résultat indiqué par la figure 144.

Ces sutures peuvent être faites au catgut, sinon à la soie ou au crin de Florence.

VII

FISTULES

La fistule est un canal pathologique, tantôt borgne et n'ayant par conséquent qu'une ouverture; tantôt complet et faisant communiquer deux organes voisins. Je n'ai ici en vue que celles qui aboutissent au canal génital.

Comme l'indiquent les figures 145 et 146, les diverses fistules possibles sont les suivantes :

- |           |         |         |            |                         |
|-----------|---------|---------|------------|-------------------------|
| Fig. 145. | {       | Vagino. | {          | Vésicales ou urétrales. |
|           |         |         | {          | Rectales ou anales.     |
|           | {       | Utéro.  | {          | Vésicales.              |
|           |         |         | {          | Rectales.               |
| Fig. 146. | Vagino. | {       | Entériques | } très rares.           |
|           |         | {       | Urétrales  |                         |

Si la communication existe entre l'intestin et le canal génital, gaz et matières fécales s'échappent par le vagin et la vulve.

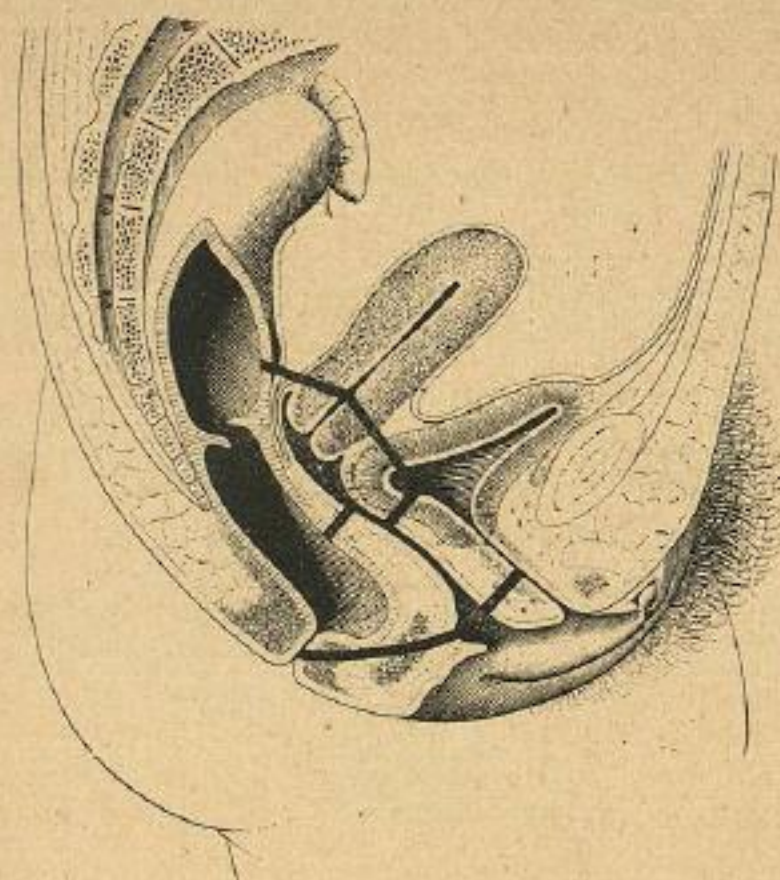


Fig. 145. — Fistules génitales.

Si la fistule est urinaire, c'est l'urine qui s'écoule par la même voie. L'écoulement a lieu goutte à goutte et continuellement quand l'ouverture existe au

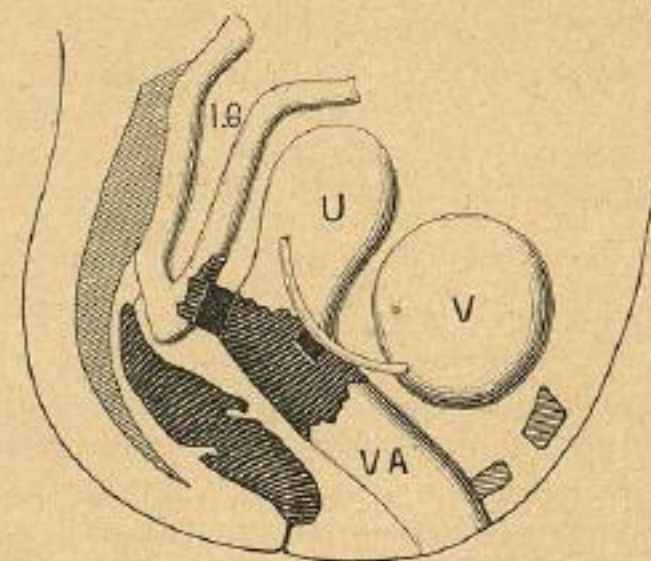


Fig. 146. — Fistules génitales (vagino-intestinales et vagino-urétériennes).

IG, intestin grêle. — U, utérus. — V, vessie. — VA, vagin.

niveau de l'uretère et de la vessie, au moment de la miction seulement quand la fistule est urétrale.

Au toucher vaginal, on peut sentir le plus souvent l'orifice fistulaire à moins qu'il ne siège dans l'utérus même.

Au spéculum, il est également possible de le trouver en injectant soit dans les voies urinaires, soit dans le rectum suivant les cas, un liquide coloré, du lait par exemple, qui reviendra par l'orifice vaginal; un cathéter pourra également suivre le trajet du liquide injecté. Exception pour les fistules de l'uretère et du petit intestin.

Parfois l'examen au doigt et au spéculum est rendu très difficile par les cicatrices du canal vaginal et par l'inflammation chronique, qui envahit le pourtour de l'orifice fistulaire.

Quelques fistules sont *congénitales* (il en a été précédemment question), la plupart sont *acquises*; ces dernières sont ici seules en question.

Les différentes causes capables de les produire sont :

1° Le *cancer*; ces fistules constituent une classe à part, car elles sont incurables; elles ne forment qu'un épisode dans la marche envahissante du néoplasme. — On pourrait en dire autant de celles qui succèdent aux *ulcérations tuberculeuses*, mais dont l'existence est relativement rare.

2° L'*accouchement* est ici la source étiologique par excellence. — La partie fœtale, séjournant trop longtemps dans le vagin amène par compression la formation d'une escarre, qui en se détachant crée la fistule. — L'écoulement par le vagin d'urine, de gaz et matières fécales, six à huit jours après l'accouchement, c'est-à-dire au moment de la chute de l'escarre en est le signe révélateur. — Le traumatisme produit par une intervention obstétricale peut également créer des communications anormales, mais qui, contrairement aux précédentes, ont une tendance spontanée vers la guérison.

3° La blessure produite par une *opération chirurgicale*.

4° L'*ulcération* résultant de la présence dans la vessie d'un *calcul*, qui se fraie une voie jusque dans le vagin, ou d'un corps étranger intra-vaginal, tel qu'un pessaire.

5° Enfin, les *phlegmons* qui, par la suppuration dont ils sont la source, créent des communications variables et souvent capricieuses.

A part quelques fistules d'origine traumatique qui guérissent spontanément, la règle est qu'elles nécessitent une intervention chirurgicale; l'opération varie avec la fistule.

#### A. — FISTULE VÉSICO-VAGINALE (la plus commune).

Pour opérer avec le maximum de chances de réussite une fistule vésico-vaginale, il faut :

- Dilater largement le vagin de manière à rendre facile l'accès de la fistule;
- Faire un avivement étendu, sans intéresser un uretère;
- Affronter très exactement les surfaces avivées.

Les trois conditions qui font le plus souvent échouer l'opération de la fistule vésico-vaginale sont :

- Le manque d'antisepsie;
- L'insuffisance de l'avivement;
- L'application irrégulière des sutures, amenant une adaptation incomplète des surfaces avivées.

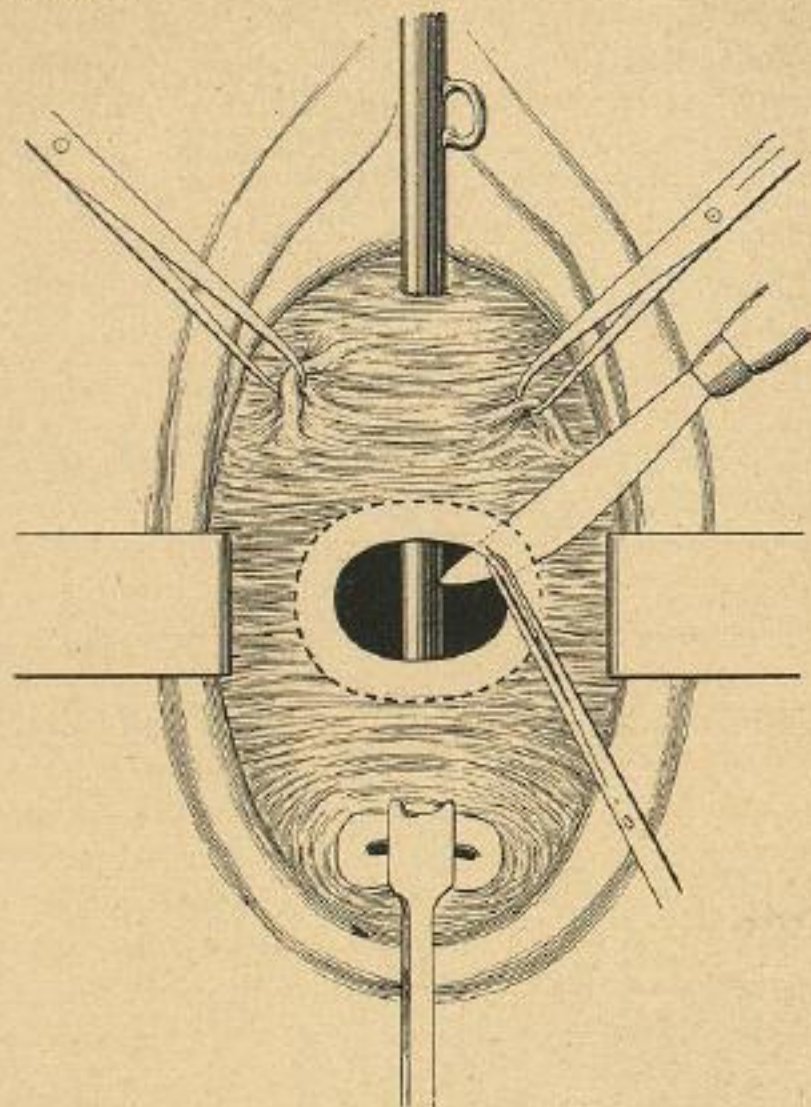


Fig. 147. — Avivement des bords de la fistule.

L'opération comprend : les soins préliminaires — l'avivement — le placement des sutures — les soins consécutifs.

*Soins préliminaires.* — Dilater pendant quelques jours le vagin avec un pessaire Gariel, de manière à assouplir les cicatrices et à élargir le canal vaginal.

Faire simultanément des injections vaginales et vésicales avec une solution boricquée pour préparer l'asepsie de la région.

*Avivement.* — La patiente étant anesthésiée, on la placera suivant le cas, soit en position vulvaire, soit en position latérale.

L'attitude gènepectorale est généralement abandonnée, comme étant trop inconfortable pour la patiente et l'anesthésie.

L'orifice vulvaire est largement ouvert avec des écarteurs; à l'aide de trois ou quatre pinces de Museux on fixe la paroi vaginale à une certaine distance de l'ouverture fistuleuse, pinces qui sont maintenues par les aides.

On introduit un cathéter dans la vessie à travers l'urètre, pour servir de point de repère profond.

Avec une pince à griffes on saisit le bord de l'ouverture, et à l'aide d'un bistouri ordinaire ou coudé, comme on en fait spécialement pour cette opération, on avive le bord fistuleux, en respectant, si possible, la muqueuse vésicale, car incisée elle fournit beaucoup de sang.

L'avivement terminé et complété au besoin avec des ciseaux coudés, également spéciaux pour cette opération, on procède aux sutures.

*Sutures.* — Les sutures seront placées dans le sens antéro-postérieur (fig. 148) ou transversal, suivant qu'on prévoit l'affrontement plus facile dans l'une ou l'autre direction.

Elles peuvent être faites au fil d'argent, au crin de Florence; on préfère en général le crin de Florence.

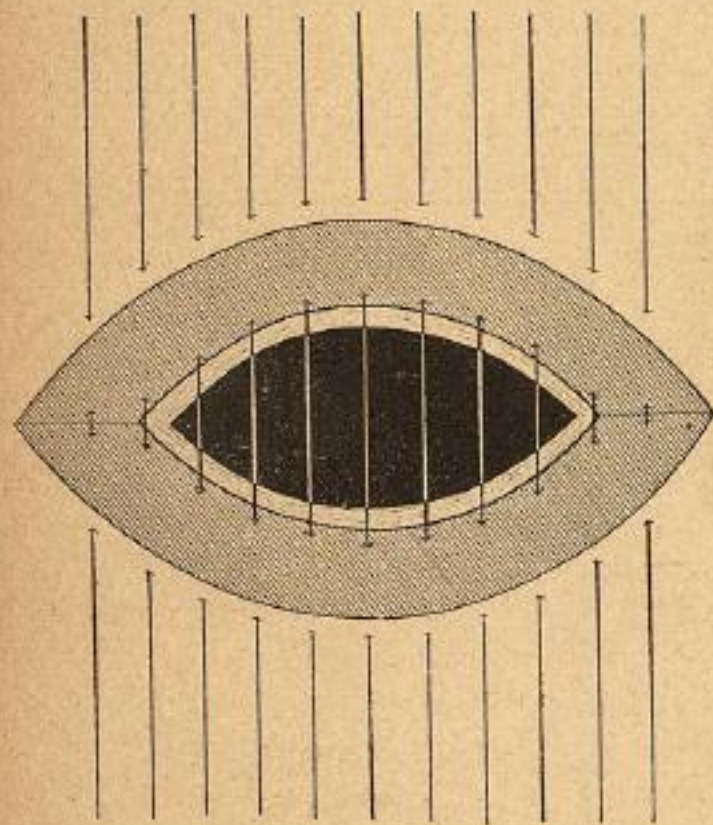


Fig. 148. — Placement des sutures.

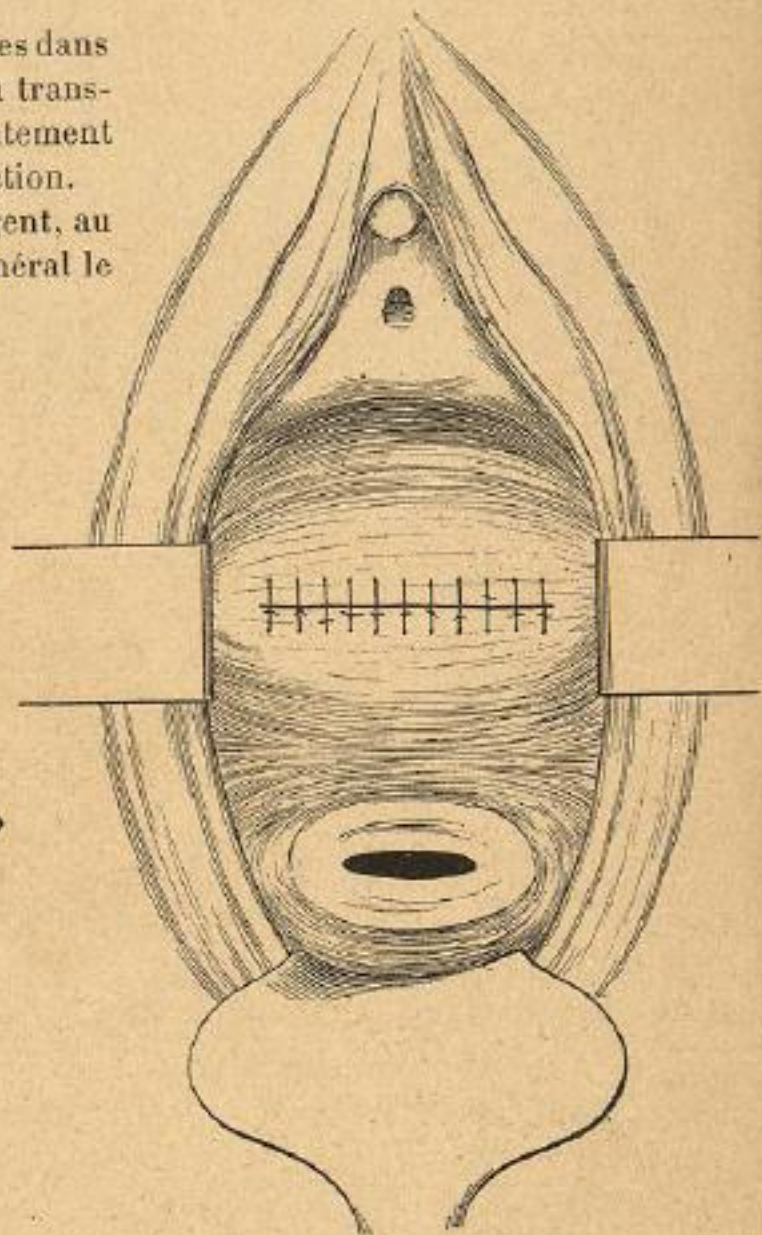


Fig. 149. — Sutures serrées.

Les sutures seront passées à l'aide de petites aiguilles courbes, maintenues par un porte-aiguille ordinaire, piquées à un centimètre du bord avivé et sortant au-dessus de la muqueuse vésicale qu'il faut autant que possible respecter; on placera un point de suture tous les demi-centimètres.

Quand toutes les sutures sont placées, on les lie en les serrant modérément, afin de ne pas étrangler les tissus.

Il est bon de pratiquer alors l'injection dans la vessie d'un liquide coloré,

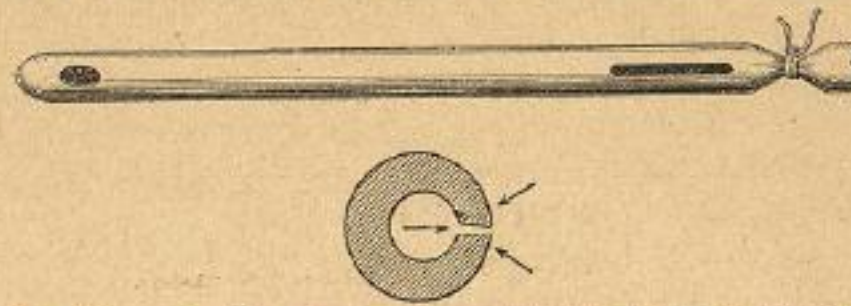


Fig. 150. — Sonde ordinaire; le caoutchouc formant soupape.

afin de voir si l'occlusion est bien complète; si elle ne l'était pas, on placerait des sutures complémentaires.

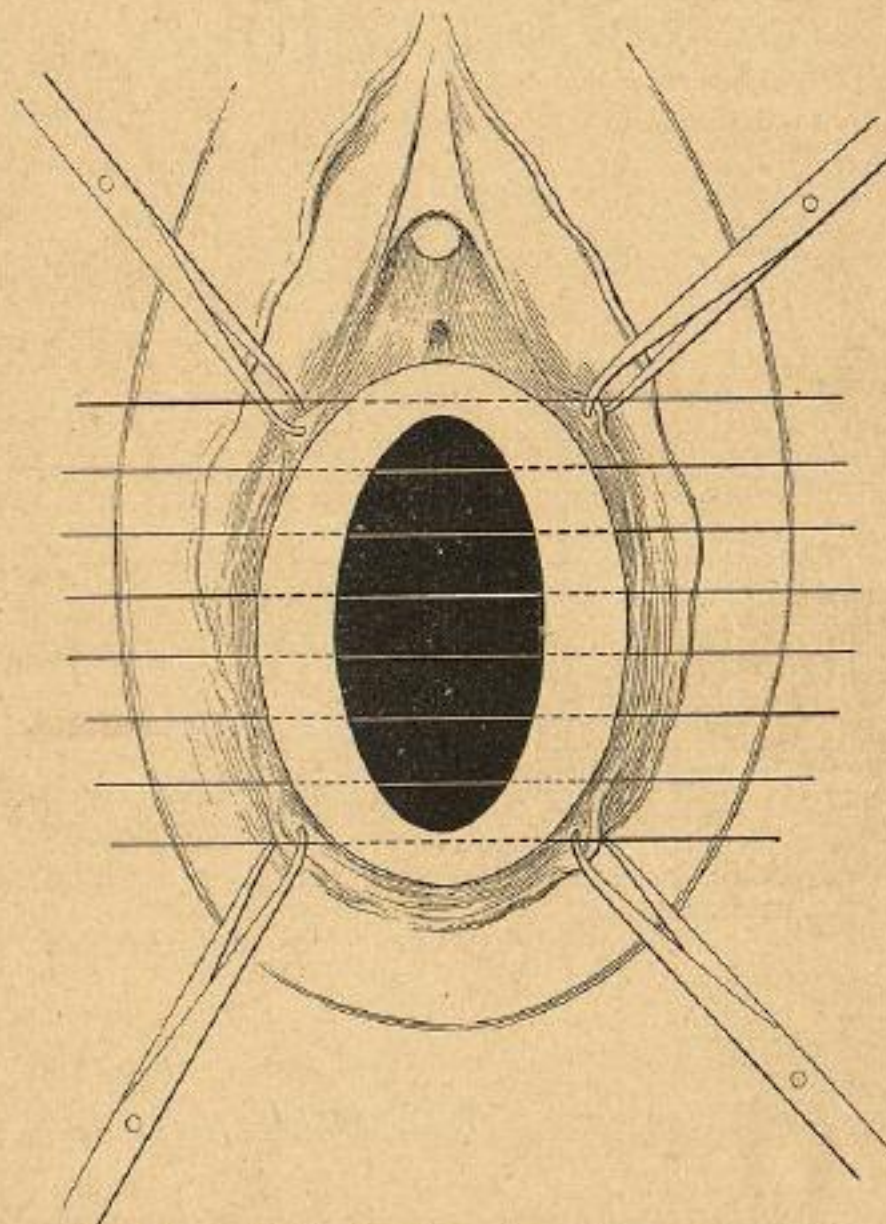


Fig. 151. — Oblitération du vagin; sutures transversales.

*Soins consécutifs.* — Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée qui sera laissé deux ou trois jours en place.

Dans la vessie on fixe à demeure une sonde en gomme, terminée extérieurement par une soupape qui permet la sortie graduelle de l'urine, sans donner accès de l'extérieur à l'intérieur.

Pour cela, il suffit de prendre une sonde ordinaire qu'on lie à son extrémité, et sur laquelle on fait avec un bistouri une petite ouverture longitudinale en amont de la ligature; la soupape se trouve ainsi créée (fig. 150).

La sonde sera enlevée après huit jours; on fera pendant huit autres jours le cathétérisme quatre fois par jour.

Ablation des fils au bout de quinze jours.

Parmi les causes d'échec les plus fréquentes dans le traitement opératoire des fistules vésico-vaginales, par la méthode qui vient d'être indiquée, nous avons mentionné :

1° L'impossibilité d'obtenir un affrontement exact et complet de la surface avivée, dont on recherche la réunion;

2° La présence, au niveau de la plaie opératoire ou dans son voisinage très

proche, de l'embouchure d'un uretère qui se trouve compris dans les sutures, d'où insuccès certain.

Pour éviter ce double écueil, *Dittel*<sup>1</sup> a conseillé de traiter ces fistules à l'aide de la laparotomie; il incise le cul-de-sac vésico-utérin, sépare l'utérus de la vessie, puis le vagin de la vessie, jusqu'à ce qu'il arrive au niveau de la fistule; et il réunit par des sutures séparées au niveau de la fistule, la paroi vaginale à la paroi vaginale, et la paroi vésicale à la paroi vésicale.

On est à même avec ce procédé opératoire d'agir plus complètement et par conséquent d'augmenter les chances de réussite.

Ce procédé opératoire n'est d'ail-

leurs pas exclusif aux fistules vésico-vaginales, mais peut s'appliquer très heureusement aux autres variétés de fistules, notamment aux vésico-utérines.

Il n'est également point impossible que pour guérir certaines variétés de fistules vésicales on soit amené à ouvrir la vessie par la taille hypogastrique; c'est là une voie non encore employée pour le traitement opératoire de ces fistules, et qui, combinée à la voie vaginale, pourra peut-être permettre d'arriver à des résultats opératoires supérieurs à ceux donnés par les méthodes chirurgicales actuellement employées.

<sup>1</sup> Voir Chaput, *Soc. obst. et gyn. de Paris*, juin 1893.

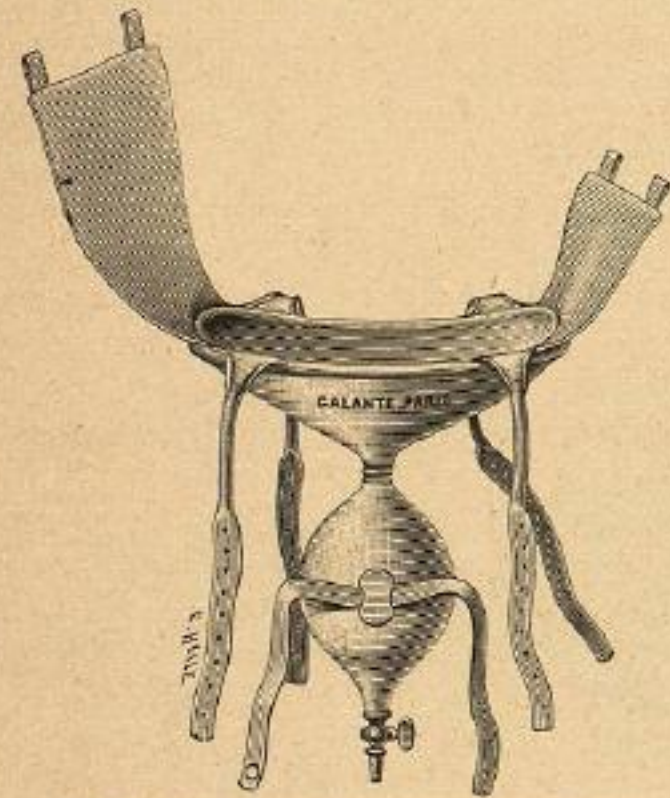


Fig. 152. — Réservoir en caoutchouc pour l'incontinence d'urine.

Mais dans les cas où l'une des opérations précédentes, même après plusieurs tentatives, ne peut aboutir à l'occlusion de la fistule, on sera autorisé à proposer et à pratiquer l'oblitération du vagin.

Cette oblitération ne sera qu'un pis-aller, car si la femme est encore réglée le sang mensuel devra s'échapper par l'urètre, et produira une irritation variable des tissus profonds.

Parfois l'urine accumulée dans le vagin forme à ce niveau des calculs phosphatiques, source de douleurs plus ou moins vives. De telle sorte que certains opérateurs ont été obligés de rouvrir des vagins, dont ils avaient pratiqué l'occlusion.

Cependant si la femme, dégoûtée de son infirmité, veut tenter les chances de cette opération, le chirurgien ne saurait la lui refuser.

Le vagin avivé circulairement au niveau de l'orifice vulvo-vaginal, ainsi que l'indique la figure 151, sera fermé par une série de sutures transversales à la soie.

Dans les cas où l'oblitération du vagin n'est pas tentée, on pourra comme palliatif faire porter à la femme un réservoir en caoutchouc destiné à recevoir l'urine au fur et à mesure de son écoulement (fig. 152).

#### B. — FISTULE VAGINO-RECTALE

Les fistules recto-vaginales varient beaucoup quant à leur forme, leur étendue, leur direction. Quelques-unes sont minimes, à peine perceptibles; d'autres mesurent de 3 à 4 centimètres et parfois même davantage.

Leur forme rappelle souvent celle d'un cercle ou d'un ovale, quelquefois celle d'un fer à cheval.

Leur situation est dans la plupart des cas médiane et la distance qui se trouve entre elles et l'anus est soumise à de grandes variations. Il va de soi qu'une situation élevée de la fistule est une condition défavorable au point de vue opératoire.

Lorsque la perte de substance, qui a été le point de départ de la fistule, est considérable, les deux orifices vaginal et rectal ne sont séparés que par l'épaisseur de la cloison, il n'y a pour ainsi dire point de trajet. Au contraire, si la fistule est étroite le trajet peut mesurer une certaine longueur.

Les symptômes auxquels les fistules recto-vaginales donnent lieu sont de divers ordres.

Un fait attire avant tout l'attention des malades, c'est le passage des gaz et de matières fécales à travers la fistule dans le vagin. Ce phénomène peut manquer, quand le trajet est très petit et sinueux, mais il se produit néanmoins lorsqu'il y a de la diarrhée ou sous l'influence des efforts.

L'examen direct à l'aide du spéculum de Marion Sims permet de se rendre compte de la situation et de l'étendue de la fistule.

Dans le cas où la fistule a des dimensions trop petites pour être aperçue par la simple inspection de la cloison recto-vaginale; on fera prendre un

lavement avec un liquide coloré, en même temps qu'on mettra la paroi postérieure du vagin à découvert.

Le pronostic des fistules recto-vaginales est grave. En effet, lorsqu'elles atteignent des proportions considérables, la guérison est quelquefois très difficile à obtenir et les malades conservent une infirmité dégoûtante, qui à la longue se complique d'inflammation de la muqueuse vaginale et vulvaire et parfois de sphacèle. Il ne faut cependant pas oublier que les petites fistules peuvent guérir spontanément.

Les traitements qu'on a préconisés contre les fistules recto-vaginales sont très nombreux.

Nous ne décrivons que ceux qui sont le plus souvent mis en usage.

La méthode américaine, due à *Bozeman* et *Marion Sims*, est pratiquée de la façon suivante :

On met la malade dans la position de la taille.

Elle est maintenue par deux aides, un troisième relève la paroi supérieure du vagin.

On avive les bords de la fistule sur une longueur de 6 à 10 millimètres, sans toucher au rectum, puis on suture avec du crin de Florence ou de la soie, de telle façon qu'il se forme dans la cavité du rectum une crête saillante qui s'oppose dans une certaine mesure à la pénétration des matières fécales. On passera les fils avec une aiguille très courbée à 5 millimètres en dehors des parties avivées, et on fera cheminer l'aiguille de façon à ne pas intéresser la muqueuse rectale.

Pendant les jours qui suivent l'opération, on administre 5 centigrammes d'extrait d'opium pour empêcher les malades d'aller à la garde-robe.

Les fils sont enlevés du huitième au douzième jour.

*Richet* et plus tard *Simon* ont préconisé la section du périnée et de la cloison recto-vaginale jusqu'à la fistule, puis la suture de la fistule avivée et de toutes les parties avivées, comme s'il s'agissait de réparer une déchirure complète du périnée. — La méthode est bonne, mais elle est en disproportion avec la lésion et d'autre part, quand on a affaire à une fistule située très haut dans le vagin, on doit hésiter à fendre la cloison recto-vaginale sur une grande hauteur, car le succès dans ce cas devient problématique.

*M. Le Dentu* a conseillé de faire l'avivement en surface de manière (fig. 153) que les deux lambeaux avivés puissent s'appliquer l'un sur l'autre parallèlement à la direction du vagin et du rectum, les sutures sont appliquées de manière à obtenir un large affrontement (fig. 153), un petit rouleau de gaze iodoformée (fig. 154) est compris sous la suture de manière à ce que les tissus adaptés ne se plissent pas sur eux-mêmes.

\* Société de chirurgie, 1<sup>er</sup> oct. 1890.

Le procédé de *M. Le Dentu* est délicat à exécuter, et je crois plus simple le procédé suivant, qui m'a dans un cas fort bien réussi :

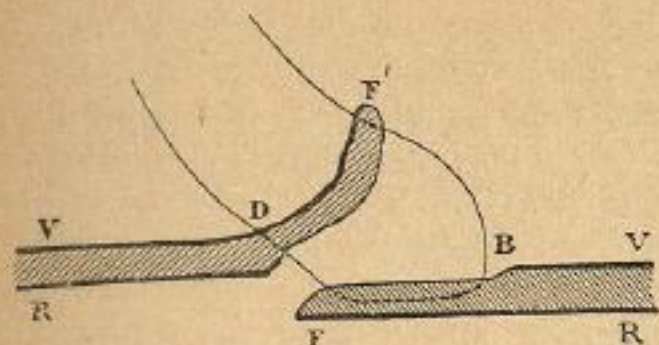


Fig. 153. — Avivement et passage du fil.

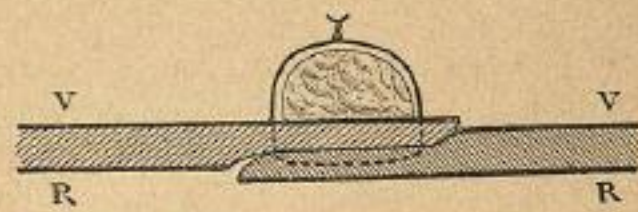


Fig. 154. — Fil serré et entourant un petit tampon de gaze iodoformée.

V, vagin. — R, rectum. — D, F, B, B', passage du fil pour réunir les surfaces avivées.

*Soins préliminaires.* — On purgera énergiquement la malade l'avant-veille de l'opération, et on lui donnera la veille et les six jours consécutifs à l'opération une pilule d'extrait thébaïque de 0,05, de manière à produire la constipation. Dilatation préalable du vagin avec le pessaire Gariel. Lavages antiseptiques.

*Avivement.* — L'avivement sera fait par dédoublement de la paroi recto-vaginale, ainsi que l'indique la figure 156. On dédouble ainsi dans l'épaisseur de un centimètre à un centimètre et demi.

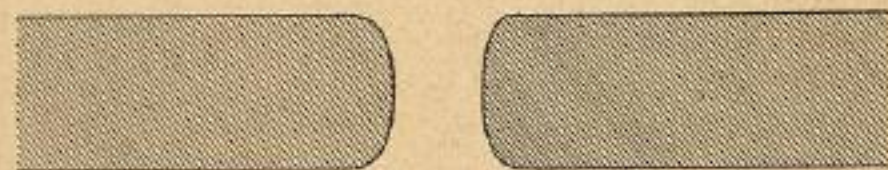


Fig. 155. — Paroi de la fistule avant l'avivement.

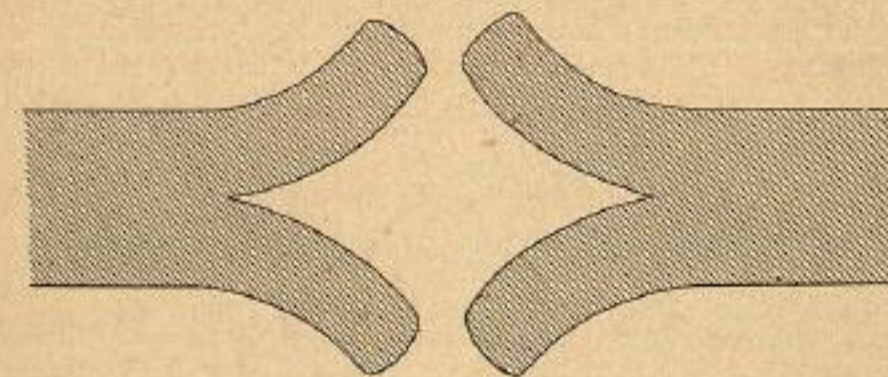


Fig. 156. — Avivement par dédoublement à l'aide du bistouri.

*Sutures.* — Chacune des surfaces avivées est réunie à celle du côté opposé : paroi rectale avec paroi rectale, paroi vaginale avec paroi vaginale (fig. 157).

La suture de la paroi rectale est faite au catgut sous forme de suture

continue. Elle tombera d'elle-même après la réunion des tissus du sixième au huitième jour.

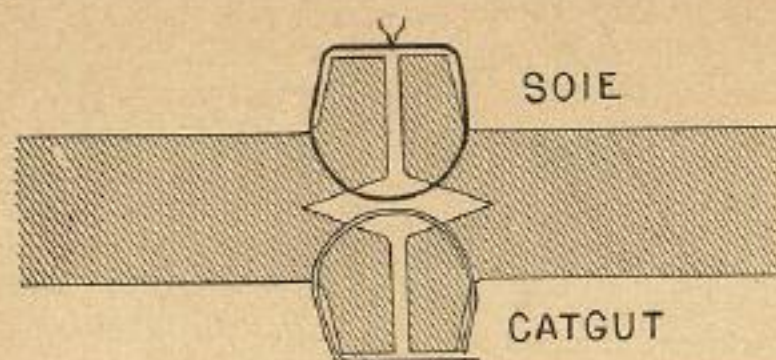


Fig. 157. — Sutures vues de face.  
Soie ou crin de Florence du côté du vagin et catgut du côté du rectum.

La suture de la paroi vaginale est faite à points interrompus avec la soie ou le crin de Florence.

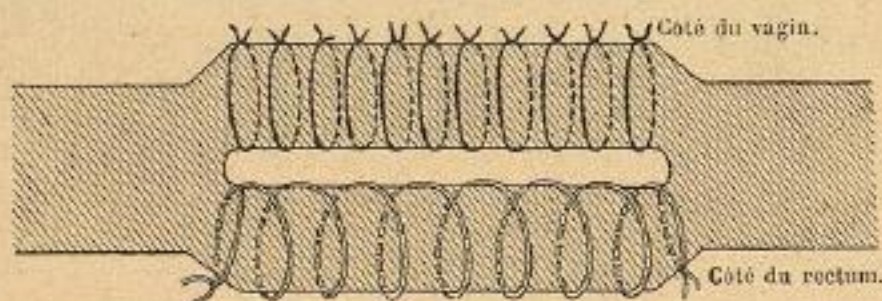


Fig. 158. — Sutures vues de profil.

*Soins consécutifs.* — Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, à laisser deux jours en place. — Ablation des fils de soie ou crin de Florence au bout de quinze jours.

#### C. — FISTULE URÉTRO-VAGINALE

La fistule uréthro-vaginale sera opérée d'une façon analogue à la vésico-vaginale.

#### D. — FISTULES VAGINO OU VULVO-ANALES

Les fistules vagino ou vulvo-anales ont ordinairement un trajet simple et permettent l'introduction facile d'un stilet; exceptionnellement ce trajet est sinueux et difficilement explorable.

L'orifice vulvaire se trouve tantôt au voisinage de la fourchette, tantôt à la face interne des grandes lèvres; au lieu d'un seul, il n'est pas rare de trouver plusieurs orifices qui communiquent ou non avec un trajet fistuleux principal.

L'orifice rectal s'ouvre généralement immédiatement au-dessus de l'orifice anal.

Les abcès de la glande vulvo-vaginale ouverts à la fois du côté de la peau

et du côté du rectum, de même que les ulcérations syphilitiques, peuvent donner lieu à la formation de fistules.

Elles n'entraînent aucun symptôme grave et n'ont que l'inconvénient d'être la source d'un suintement purulent, qui, s'il dure trop longtemps, peut déterminer une irritation considérable de la région vulvaire.

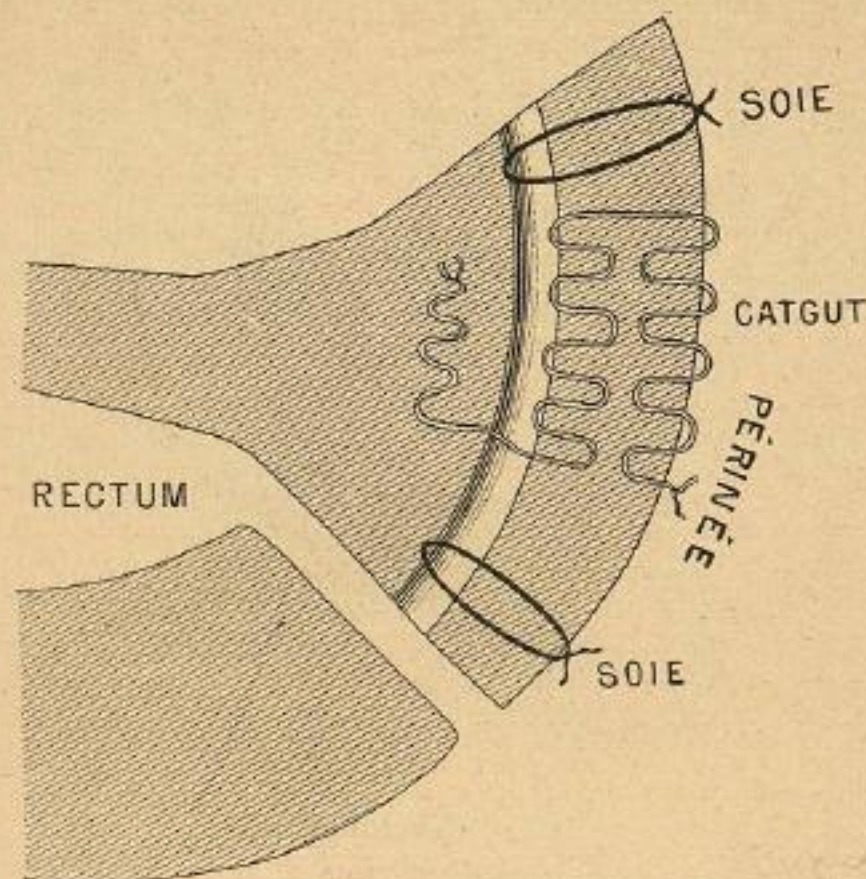


Fig. 159. — Fistule vagino-anales.

Au moment de la défécation il arrive quelquefois que des gaz et des matières fécales passent à travers la fistule, mais le fait est encore assez rare.

On traitera les petites fistules qui n'ont, en somme, aucune gravité, — comme on traite les simples petites fistules à l'anus, — par l'incision avec cautérisation consécutive.

Mais quand le trajet fistuleux est assez profond et que, pour arriver jusqu'à lui, on est obligé de sectionner une assez grande épaisseur de tissu, il vaut mieux recourir au procédé opératoire suivant :

Ce procédé opératoire consiste à pratiquer une périnéoraphie d'après la méthode de Lawson-Tait (fig. 159). Pour cela on fait une incision en U avec le bistouri ou les ciseaux, dans la partie la plus déclive à 2 centimètres environ au-dessous de la fourchette; — on place deux ligatures de soie fermant supérieurement et inférieurement le trajet fistuleux de manière à l'obturer dans toute son étendue; — on ferme la plaie d'avivement à l'aide d'une suture continue au catgut en trois ou quatre étages. Les fils de soie sont laissés en place quinze jours.

E. — FISTULE VÉSICO-UTÉRINE

En cas de fistule vésico-utérine (fig. 160), on fera soit l'avivement du pourtour de la fistule après dilatation suffisante du canal cervical à la laminaire

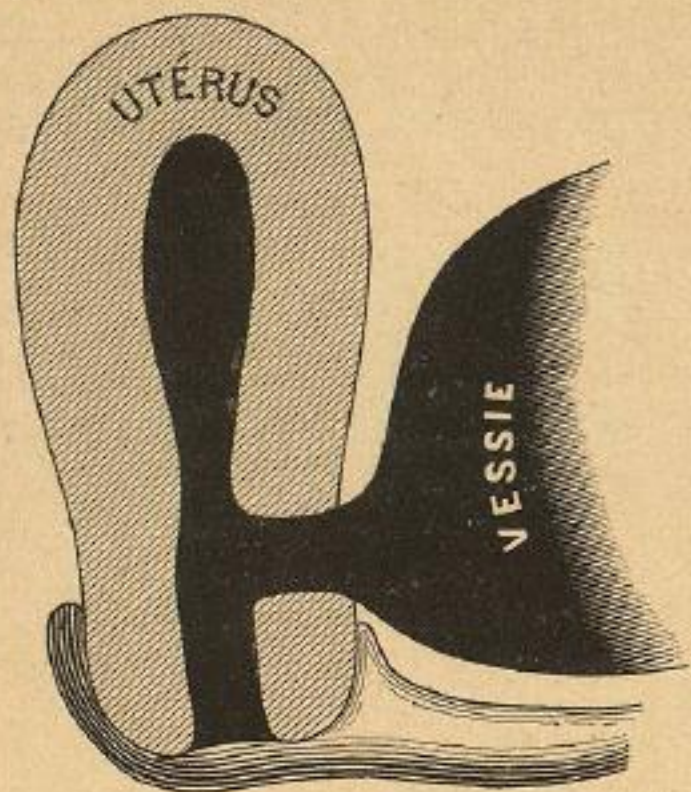


Fig. 160. — Fistule vésico-utérine.

ou à la gaze iodoformée et on suturera la surface avivée au crin de Florence (fig. 161-162) — soit l'oblitération de l'utérus au niveau de l'orifice externe

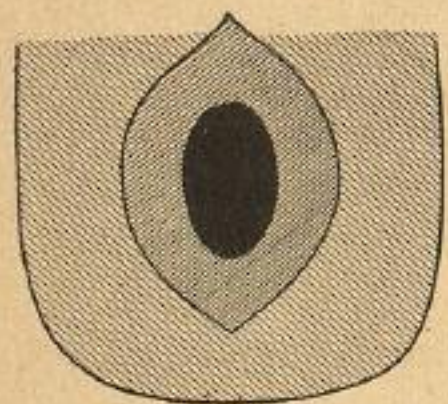


Fig. 161. — Avivement de la fistule vésico-utérine, fait du côté de la cavité cervicale.

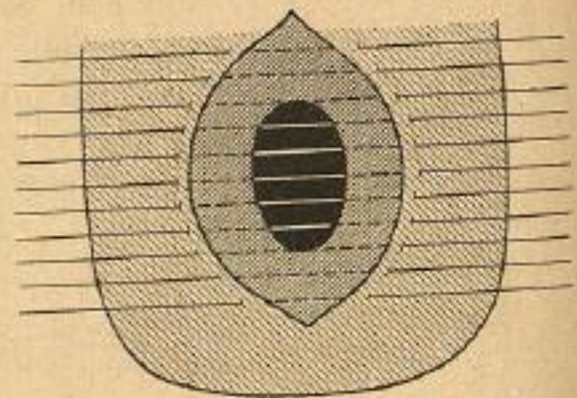


Fig. 162. — Sutures transversales à lier du côté de la cavité cervicale.

(fig. 163-164), opération analogue dans son genre à l'oblitération de l'orifice vulvo-vaginal, en cas de fistule vésico-vaginale.

F. — FISTULE RECTO-UTÉRINE

Même opération que pour la vésico-utérine.

G. — FISTULE URETÉRO-VAGINALE

Cette fistule sera opérée d'après le procédé de Landau (fig. 165) : passage

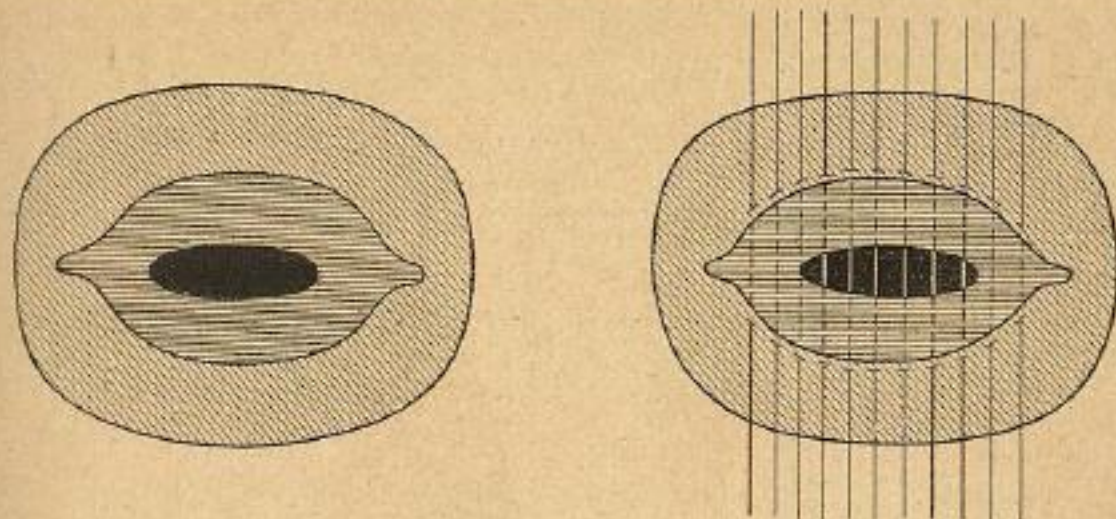


Fig. 163. — Avivement du pourtour de l'orifice externe de l'utérus.

Fig. 164. — Sutures antéro-postérieures

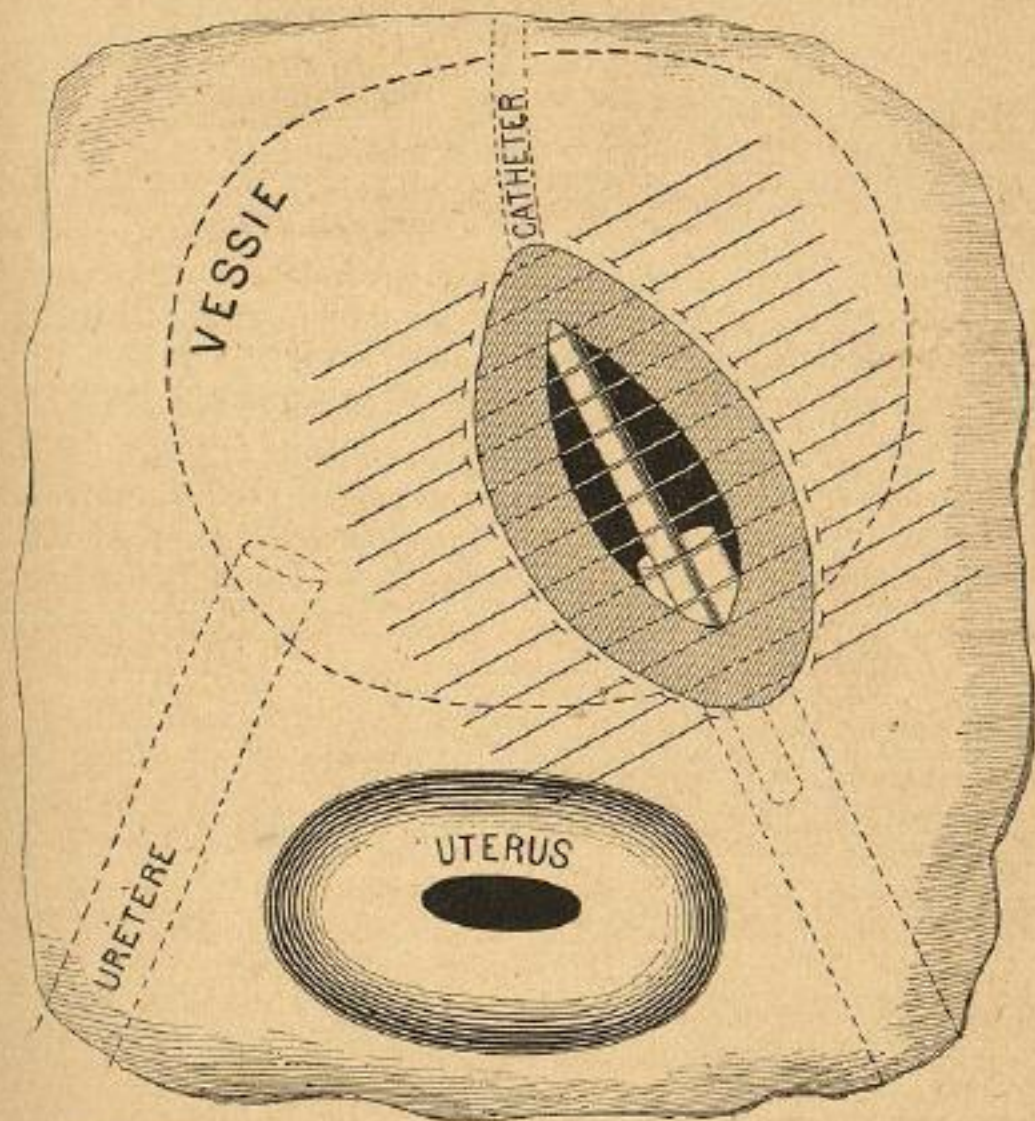


Fig. 165. — Opération de la fistule uretéro-vaginale (Landau).  
par l'urètre et la vessie d'un cathéter spécial jusque dans l'uretère intéressé;

L'opération n'est possible qu'à cette condition. — Avivement comme dans une fistule vésico-vaginale, en ayant soin de ne pas blesser l'uretère. — Sutures passant au-dessous de l'uretère qu'elles doivent respecter.

#### II. — FISTULE ENTÉRO-VAGINALE

La guérison de ces fistules pourra être obtenue soit par avivement et sutures directes, soit par laparotomie destinée à détacher l'anse ouverte et à en obturer l'orifice (?), soit par l'occlusion du vagin après avoir fait communiquer la partie profonde du vagin avec le rectum, de manière à créer derrière l'occlusion une fistule entéro-vagino-rectale.

## CHAPITRE IV

---

## VULVE ET VAGIN