

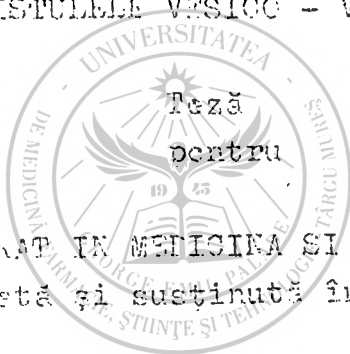
CONSTANTIN M. LEFTERESCU

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” CLUJ - SIEIU  
FACULTATEA DE MEDICINA

91/44

Nr. 1779...

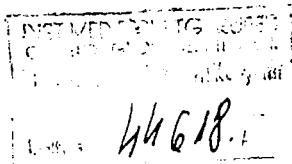
FISTULELE VESIC - VAGINALE.



Teză  
pentru  
DOCTORAT IN MEDICINA SI CEIRURGIE  
prezentată și susținută în ziua de.....1940

de

CONSTANTIN M. LEPTERESCU.



24 MAY 2005

UNIVERSITATEA ,,REGELE FERDINAND I " CLUJ - SIBIU  
FACULTATEA DE MEDICINA

Decan : Prof. Dr. V. Papilian

Profesorii :

Anatomie Descr. și Topogr.....	D. Prof. Dr. V. Papilian
Chimie.....	" " " Secăreanu
Istologie și Embriologie.....	" " " I. Drăgoiu
Fizică .....	Conf " " " Bărbulescu N.
Fiziologie.....	" " " Benetatto Gr.
Patologie generală și exp.....	" " " M. A. Botez
Anatomie Patologică.....	" " " Vasăliu T.
Bacteriologie.....	" " " Baroni V.
Chimie Biologică.....	" " " Manta I.
Semiologie medicală.....	" " " Goia I.
Semiologie chirurgicală.....	" " " Pop Al.
Farmacologie (Supleant).....	" " " Baroni V.
Clinica medicală.....	" " " Hațeganu I.
Clinica chirurgicală.....	" " " Pop Al.
Clinica Stomatologică.....	" " " Aleman I-
Clinica Oto-Rino-Laringologică.....	" " " Buzoianu Gh.
Istoria medicinei.....	" " " Bologa V.
Clinica Otorologică.....	" " " Teposu E.
Clinica Oftalmologică.....	" " " Mihail
Clinica Ginecologică și Obstetr.....	" " " Grigoriu Cr.
Radiologie.....	" " " Negru D.
Balneologie și Hidroterapie.....	" " " Sturza
Igienă.....	" " " Moldovan I.
Infantilă și Puericultură.....	" " " Popoviciu Gh.
Clinica Neurologică.....	" " " Mișea
Clinica Dermatovenerică.....	" " " Bologa V.
Clinica Psihiatrică.....	" " " Urechea C.
Clinica de boli contagioase... Conf...	" " " Gavrilă I.
Medicină legală.....	" " " Kernbach M.

J U R I U L D E P R O M O T I E .

Președinte : Prof. Dr. Cristea Grigoriu  
" " Alexandru Pop  
Membrii : " " Teposu E.  
" " Bologa V.  
" " Benetato Gr.  
Supleant : " " Cavrilăi.



Părinților mei, cea mai vie recunoștință  
pentru toate sacrificiile lor neprețuite,  
iar lui Ali și Tache, dragostea mea nețărmu-  
rită.



## CUVANT ÎNAINTE .

Sustinerea tezei de Doctorat în medicină și chirurgie, constituie pentru oricine care a parcurs drumul lung și dificil al studiilor medicale, un moment important în viață : în această împrejurare îmi îndreptgândul spre toți profesorii mei cari ani de-a rândul , pătrunși de cea mai înaltă conștiință , au contribuit la completarea cunoștințelor mele medicale și îmi exprim această cale, întreaga mea ~~stima~~ și recunoștință.

Mulțumesc în deosebi Domniei Sale D-lui Prof. Dr. Cristea Grigoriu, Președintele acestei teze, pentru largă bunăvoință acordată în alegerea subiectului de față. Deasemeni mulțumesc D-lui Dr. Const. Banu Medic la Spitalul Ginecologic și obstetric din Sibiu, pentru materialul ce mi-a pus la dispoziție spre consultare, în vederea alcătuirii lucrării de față.

Părăsind băncile Universității și pășind de azi înainte, în lumea practicei medicale, îmi iau angajamentul față de propria-mi conștiință, că voi căuta să alin și să vindec, cât îmi este în putință suferința celor bolnavi.

Nu pot încheia aceste rânduri , fără să nu-mi fugă gândul spre Clujul răpit dela Patria Mamă: ...Cluj, cetate universitară, plină de cultură și duh românesc, noi toți ceri ne-am adăpat la izvorul Tău de lumină, nute -am uitat

## FISTULELE VESICO - VAGINALE.

Diviziune. Fistulele vesico-vaginale, fac parte din categoria fistulelor genitale. Făcând abstracție de malformațiile congenitale și de fistulele neoplastice, cari sunt consecutive unui cancer într'o perioadă avansată a evoluției sale și cari sunt lipsite de interes chirurgical, vaginul și uterul și în deosebi vaginul, pot fi într'o comunicare anormală și permanentă printr'o fistulă coecatricială dobândită, fie cu căile urinare, fie cu intestinul. (P. Begouinet et F. Papin).

Având în vedere aceste considerațiuni de ordin anatomic, fistulele genitale pot fi clasificate în două mari categorii :

- A.- Fistule urinare
- B.- Fistule stercorale

Din fistulele urinare fac parte : fistulele uretro-vaginale, vesico-vaginale și uretero-vaginale, după cum respectiv, uretra, vesica, sau ureterul, pot comunica cu vaginul. În unele împrejurări excepționale, colul uterului, poate comunica cu vesica sau ureterul, când vorbim de fistule vesico-uterine respectiv fistule ureteroc-uterine.

B.-Fistulele stercorale Se înțelege sub numele de fistule stercorale, comunicațiile anormale ce se pot stabili la un moment dat, între căile digestive inferioare

și vagin sau uter. Ele se pot deci împărți în : fistule intestino-uterine, recto-uterine, entero-vaginale și recto-vaginale. În subiectul de față ne-am propus să ne ocupăm de fistulele vesico-vaginale.

Definițiunea fistulei vesico-vaginale. Se înțelege sub numele de fistulă vesico-vaginală, un traect care pune într'o comunicare anormală și permanentă, cavitatea vesicală cu cea vaginală.

Etiologie. Cauzele obișnuite cari ocazionaază aceste fistule, pot fi operațiile chirurgicale, iar alte ori, ele pot fi consecutive, manoperelor prelungite în nașterile laborioase, sau prezentațiilor vicioase, de unde și împărțirea lor în fistule operatorii și fistule obstetricale. Excepțional pot fi provocate de o ulceratie datorită unui corp străin cu localizare în vesică sau vagin, deasemeni pot fi urmarea tuberculozei, sifilisului sau unui abces perivaginal. Arareori aceste fistule pot fi provocate de traumatisme accidentale, cum ar fi lovitura de corn sau rănirile produse prin arme de foc. Se observă o frecvență a fistulelor operatorii, în urma marilor operații pelviche și în special în urma hysterectomiei, vesica putând fi lezată în cursul hysterectomiei vaginale sau abdominale totale. Leziunile produse în asemenea împrejurări, de obicei nu se vindecă și fistula este astfel creată. Alteori, forcepsul sau alt instrument întrebuințat în o obstetrică, poate leza căile urinare, însă aceste cazuri sunt destul de rare.

În mod obișnuit, fistula se produce spontan și este



datorită compresiunii țesuturilor pe simfiza pubiană, prin capul fetal, în deosebi în cazurile când acesta are un volum exagerat, sau când e vorba de prezentare vicioasă. În aceste împrejurări, manoperile cari caută să asigure o naștere lipsită de inconveniente pentru făt și mamă, fiind prea de lungă durată și capul fetal angajându-se astfel mult prea târziu în strâmtoarea inferioară a basinelui, are timp suficient să strivească țesăturile pe pubis și să producă un sfacel în acel punct și astfel poate lua naștere o fistulă obstetricală

Localizarea fistulelor vesico-vaginale. Sediul fistulei vesico-vaginale, de origine obstetricală, poate fi variabil : astfel o putem găsi localizată începând dela colulu uterului până la colul vesicii. Foarte dese ori o găsim localizată foarte sus, în fundul de sac anterior, în apropierea imediată a colului uterin (punctul de inserție al vaginului pe col), în care caz vorbind de fistulă juxta-cervicală. Acestea sunt superficiale și profunde : vorbim de fistulă vesico-vaginală juxta cervicală superficială, în cazurile când buza anterioară a colului uterin, există încă, iar în cazurile când aceasta e distrusă, în cât vesica se deschide tot deodată în vagin și în colul uterin, astfel că soluția de continuitate e circumscrisă înapoi pe buza posterioară a colului uterin, fistula se numește juxta cervicală profundă.

Fistulele cari interesează colul vesical, sunt situate la nivelul de unire a treimeii mijlocii, cu cea inferioară a vaginului. Cele situate sub acest punct,

aparțin uretrei și nu vesiceii. În mod obișnuit, fistulele vesico-vaginale, sunt situate pe linia mediană, însă nu arareori le putem întâlni plasate puțin lateral, la dreapta sau stânga liniei mediane a vaginului.

Dimensiunile lor pot fi uneori atât de mici, cîm este cazul fistulelor de origine chirurgicală, încît numai cu foarte multă greutate, pot fi depistate. Fistulele de origine obstetricală, au însă un orificiu mai larg, prin care se permite pătrunderea extremității degetului. Uneori, ele pot ocaziona o adevărată distrucție a spațiului vesico-vaginal, formînd astfel un fel de cloacă uro-genitală. De partea vesiceii, fistulele vesico-vaginale, răspund de obicei bas-fundului și sunt uneori în vecinătatea imediată a orificiilor de deschidere ale ~~ureterului~~ ureterului.

Forma acestor fistule, este în general ovală cu marele ax transversal sau oblic. Marginile fistulelor recente, sunt subțiri și rupte iar mucoasa vaginală la nivelul lor, este inversată spre vesică, iar mucoasa vesicală, este invisibilă. Fistulele mai vechi au margini groase indurate, infiltrația scleroasă putîndu-se extinde în septul vesico-vaginal, mai departe de fistulă. Mucoasa vesicală, deseori poate prolaba, sub formă de ectropion în vagin sau poate chiar hernia în acest organ. În urma scurgerii permanente de urină prin vagin, deși acesta poate tolera bine pînă la un punct contactul prelungit cu urina, pot surveni escorațiuni și ulcerțiuni cari duc la scleroză și formare de bride cicatriciale, acestea din urmă putînd îngloba uretra și astfel îngreuna

mult intervenția operatorie.

Fistulele cari au mari dimensiuni, ușurează trecerea secrețiilor vaginale în vezică, care pe de o parte se irită iar pe de altă parte ne mai servind ca rezervor pentru a recepționa numai urina, capacitatea ei, poate suferi o reducere considerabilă.

Simptomatologie. Semnul cel mai important care trădează existența unei fistule vesicale, fie ea vaginală sau uterină, îl constituie scurgerea de urină prin vagin ,, Scurgerea de urină în mod obișnuit este continuă mai ales în fistulele largi, însă în cazurile când diametrul fistulelor este mic, sau când acesta are o situațiune specială, scurgerea poate fi intermitentă și influențată de poziția pe care o ia bolnava: astfel o fistulă a bas-fondului sus așezată, nu va da scurgeri constante decât în decubit dorsal, iar cele situate în apropierea colului, numai în stațiune verticală, deoarece în decubit dorsal, urina se colectează în partea de sus a vesei sicei. („Intermitența aceasta se mai poate datori și faptului că unele femei rețin urina strângând și lăpind coapsele, iar la altele ridicătorul anal și constrictorii vaginului, pot juca un rol de sfincter și contractându-se, împiedcă scurgerea urinei pentru un timp oarecare ") (Conf. Dr. Traian Popoviciu-Elemente de Ginecologie) Fistulele largi produc o evacuare totală a vesei, însă dacă bolnavele prezintă o fistulă de dimensiuni foarte reduse, o cantitate de urină rămâne în vezică, astfel că în aceste cazuri pot avea micțiuni suficiente.

Obliterarea spontană a traectului fistulos, nu este posibilă decât în primele trei sau patru luni, cari urmează perforației vesicale, și numai în cazurile când dimensiunile traectului fistulos sunt foarte reduse, Dacă fistula persistă după acest interval de timp, ea rămâne definitivă. În aceste cazuri din urmă, scurgerea permanentă de urină, irită vulva și fața interioară a coapselor, cari se escoriază. Femeile atinse de această infirmitate, răspândesc în jurul lor un miros sulfonic, urinos, respingător, sunt deprimate moral și au gânduri de sinucidere.

Complicații. Fistula vesico-vaginală permite cu ușurință o infecție ascendentă fie prin căile genitale (metro-salpingite) fie prin căile urinare. În cazul din urmă, cistita banală, constituie o complicațiune foarte frecventă, în deosebi în cazurile de fistule largi, iar aceasta la rândul ei, poate duce la apariția unei pielonefrite, care poate ocaziona moartea, dacă ea este bilaterală. Fistulele definitiv constituite, mai pot ocaziona și turburări din partea aparatului genital, ca : sterilitate, menstruații neregulate, avorturi habituale etc.

Diagnostic. Diagnosticul de fistulă vesico-vaginală, nu întâmpină prea mari dificultăți, dacă ținem seamă de scurgerea continuă de urină prin vagin, care constituie semnul cel mai expresiv al acestei afecțiuni. Foarte rare ori mirosul și culoarea lichidului scurs prin vagin, nu ne poate furniza indicii suficiente, pentru a ști cu precizie dacă e vorba de urină și în aceste cazuri sun-

tem nevoiți să recurgem la rezultatele analizei.

Alteori putem fi tentați să credem în existența unei fistule, deși în realitate nu este vorba decât de o simplă incontinență produsă prin paralizia colului vesical, sau prin regurgitare. În aceste cazuri, un examen cistoscopic atent, practicat după evacuarea vesicii, o injecție vesicală aseptică, cu un lichid colorant, sau permanganat de potasiu, sau albastru de metilen, va înălătura cu prisosință toate ezitățile, evidențiindu-ne integritatea vesicii. Un alt mijloc de explorare care ne servește la diagnosticul fistulei vesico-vaginale, este tușeul vaginal, combinat în acelaș timp cu cateterismul practicat cu o sondă rigidă, pe care pulpa degetului o simte sau nu în vagin. Acest procedeu ne permite de a aprecia și forma, dimensiunile și marginile fistulei, însă nu ne permite să depistăm decât fistule de dimensiuni mari și mijlocii, Fistulele de dimensiuni mai mici, pot fi depistate la examenul direct cu valve sau speculum. Această examinare va fi practicată în poziție dorso-sacrată, în Trendelenburg ușor de e posibil. Uneori va trebui să examinăm în poziția laterală a lui Sims sau în poziție genu-pectorală, întotdeauna însă, trebuie să ne servim de o sondă sau histerimetru, pe cari le introducem în vesică. Fistulele de dimensiuni foarte mici le descoperim decă injectăm un lichid colorant în vesică, pe care îl prindem pe bucăți de vată albă hidrofilă, introduse în vagin, la nivelul punctelor unde lichidul colorant părăsește vesica, pentru a emigra în vagin. Examenul cistoscopic, poate fi uneori util pentru a pune în

^Videntă

evidență fistulele vesico-vaginale de dimensiuni reduse, (absența ejaculației ureterale de partea lezată) însă întrebuintat singur poate să le lase neobservate, mai ales în cazurile când ele sunt situate aproape de col.

Prognostic. Fistulele înalte juxta-cervicale, au prognostic rezervat, vecinătatea lor ureterală, făcând ca intervențiile operatorii să fie mai periculoase, iar cele mijlocii au un prognostic mai benign, în fistulele vechi, când mucoasa vaginală este alterată la nivelul orificiului, când pereții vaginali au devenit scleroși și inextensibili și când perivaginita scleroasă fixează organul și marginile fistulei de organele vecine, intervenția operatorie este extrem de dificilă dacă nu imposibilă.

Tratament. Tratamentul fistulei vesico-vaginale este conservativ și operator. Pe cel conservativ îl aplicăm în primele două sau trei luni cari urmează perforației vesicale în lipsa posibilității unui tratament chirurgical și constă în sondaje, tamponamente, cauterizări ușoare cu nitrat de argint, badijonări cu tinctură de iod, ale marginilor orificiului fistulos. Acest tratament poate da oarecari rezultate mai ales în cazurile în cari perderile de substanță sunt reduse, Când fistula este definitiv constituită, singurul tratament satisfăcător este cel chirurgical și constă în : închiderea orificiului fistulos prin sutură. Aceasta se practică în metoda dedublării, calea de acces la fistulă fiind în mod obișnuit calea joasă vaginală iar mai rar cea înaltă : transvesical, totdeauna și excepțional

transperitoneal sau trans-peritoneo-vesical. În aceste operațiuni de fistulă vesico-vaginală, metoda dedublării a lui Dubouéde Fau (1864) Ricard (1896) este superioară metodei americane de avivare (Marion Sims 1852) care ocazională o mai mare pierdere de substanțe.

Operația pe cale vaginală. Între măsurile pre-operatorii notăm : desinfecția completă pe cât posibil a vaginului, vulvei și coapselor. Dacă persistă eczeme și escoriațiuni rebele, vindecarea lor se va face spontan, odată cu încetarea scurgerii de urină.

Intervenția proprie zisă, constă într'un prim timp în care se dedublează cloazonul vesico-vaginal de jur împrejurul fistulei. În acest punct vesica și vaginul, fiind fuzionate, se separă și li-se redă astfel independența, ca și în starea normală. În al doilea timp, se procedează la sutura lambourilor create prin dedublare. Se reunesc apoi cele două lambouri vesicale între ele printr'o sutură înbursă a cărei puncte nu perforază mucoasa vesicală, ele trecând pe sub mucoasă și vesică este astfel reconstituită. Sub ea se formează un al doilea plan de sutură, reunind lambourile vaginale, prin puncte separate cu fire de argint. Tot secretul succesului, se pare a consta într'o bună evidențiere a fistulei și o largă disecare a lambourilor.

Procedeu lui Fergusson - Braquehaye (1893) este un procedeu combinat de dedublare și avivare : se începe prin o dedublare făcută la periferia orificiului fistulos, la o distanță de 0,5-cm de marginile acestui orificiu, invers dedublării obișnuite și lambourile astfel

create, sunt răsfrânte spre vesică.

Un prim plan de sutură cu fire de catgut, care nu perforază mucoasa vesicală, reconstituie astfel rezervorul vesical. Dedesupt, sutura vaginului lăsată svivată prin dedublare, vine să constituie al doilea plan. Dacă și uretra este atinsă prin întinderea fistulei vesico-vaginale, dedublarea va fi urmărită pe acest canal, în care vom menține o sondă un oarecare timp. În cazuri absolut excepționale de distrucție completă a uretrei, refacerea sa poate fi obținută printr'o simplă tunelizare practică cu trocarul între vesică și exterior. În traectul astfel creat, se introduce o sondă și epidermizarea traectului se face singură. (12 refaceri au fost astfel obținute de către Marion) (Journal d'Urologie 1934)

Operații pe cale înaltă. Când fistula este sus situată, cum este cazul obișnuit al fistulelor consecutive hysterectomiei, sau dacă vaginul este scleros și nu permite dilatarea sa, se abordează fistula prin interiorul vesicei, fie direct pe cale transvesicală suprapubiană extra-peritoneală (Metoda lui Trendelenburg 1890) sau mai bine transperitoneo-vesicală (Legueu 1919), sau chiar pe cale transperitoneală (Dittels și Furgue 1893) Fistula astfel abordată, se suturează în acelaș fel ca pe cale vaginală, însă în sens invers. După Legueu calea transperitoneală și transperitoneo-vesicală, este primejdios (un mort din 14 operații Legueu) și nu se practică decât în cazuri excepționale. O altă metodă de terapie a fistulelor vesicale, însă



fără bune rezultate o constituie ocluzia la distanță a colului uterin (histerocleisis) în cazul fistulelor vesico-uterine și cea a vaginului (colpocleisis) în cazul fistulelor vesico-vaginale. Este o metodă, care departe de a da bune rezultate, expune și la suferinți inutile pe bolnavă, vaginul și uterul, nefiind create pentru a servi ca diverticuli ai vezicii, amestecul de sânge menstrual și secreții utero-vaginale, cu urina, poate duce la formarea de calculi. Ocluzia la distanță mai prezintă și dezavantajul că suprimă viața genitală creind astfel o infirmitate tot atât de defavorabilă ca și fistula însăși.

Treatmentul post-operator. Ori care ar fi procedeul întrebuintat, după operație se va verifica imediat dacă obliterarea fistulei s'a făcut bine. În acest scop se va introduce în vezică ser fiziologic steril, se va pune în vagin o sondă adneure în veică un Pezzer care va sta trei zile iar în urmă vom face timp de zece zile consecutiv cateterismul vezicii tot la trei ore. Bolnava va sta în decubit lateral stâng sau drept, se va constipa cu opiu timp de 4 zile, iar a lo-a zi, se vor scoate firele. La 15 zile vom scula bolnava.

## CONCLUZII

1.- Se înțelege sub numele de fistulă vesico-vaginală, prezența unui traect care pune într'o comunicare anormală și permanentă, cavitatea vesicală cu cea vaginală.

2.- Sub raport etiologic, ele pot fi împărțite în : operatorii și obstetricale, după cum pot fi consecința unor accidente în timpul practicii, intervențiilor operatorii sau consecință manoperilor prelungite în nașterile dificile , sau prezentațiile vicioase, Tot din punct de vedere etiologic, ele pot fi ocazionate de un cancer într'o perioadă avansată, tuberculoză, sifilis, etc.

3.- Simptomul cel mai expresiv al fistulei vesico-vaginale, îl constituie scurgerea de urină prin vagin, care este continuă în mod obișnuit, însă poate fi și intermitentă și influențată de poziția ce o ia bolnava în timpul examenului,

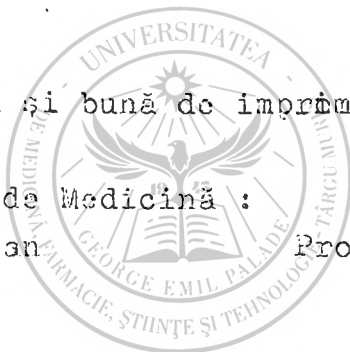
4.- Diagnosticul se face cu ușurință, ținând seamă de scurgerea anormală de urină prin vagin. Tot în scop de diagnostic, ne servim uneori de injecții vesicale, aseptice, cu lichide colorante, cistoscopie și în mod curent de tușeul vaginal combinat cu cateterism practic cu o sondă solidă.

5.- Tratamentul este operator, când fistula este definitiv constituită și constă în închiderea orificiului

fistulos, prin sutură practică prin metoda dedublării Dubouéde sau. Călea de acces la fistulă, fiind în mod obișnuit călea joasă vaginală, mai rar cea înaltă: transvesical totdeauna, suprapubian și extraperitoneal (metoda Trendelenburg) excepțional trans-peritoneal (Dittel și Forgue) sau trans-peritoneo-vesical (Legueu) Mai avem apoi tot procedul operator, procedul lui Fergusson - Braquehayécare e un procedu combinat de dedublare cu avivare. Altă metodă de terapie însă fără bune rezultate cităm ocluzia la distanță.

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Facultății de Medicină : Președintele tezei :  
ss.Prof.Dr.V.Popălian Prof.Dr.Cristea Grigori



B I B L I O G R A F I E.

- 1.- Patologie Chirurgicale (Tome V Chapitre VIII)  
Maladies de l'Appareil Génital de La Femme.  
par  
P.- Bégouinet et F. Papin.

- 2.- Elemente de Ginecologie de Dr. Traian Popoviciu  
Conf. la Clinica Ginecologică și Obste-  
tricală din Cluj - Sibiu.

