

Traitement.

Le traitement n'a que peu de chances d'amener une guérison définitive¹, mais il faut essayer d'enrayer la marche du mal. On ne tentera l'extirpation que s'il est possible d'enlever tout le néoplasme²; la grande laxité des parois vaginales permet alors de faire la réunion primitive de plaies même très étendues. Hegar et Kaltenbach conseillent d'intervenir alors même qu'on devrait entamer la vessie et le rectum. Mundé³, dans un cas, ouvrit le cul-de-sac de Douglas, fit aussitôt une suture au catgut, et sa malade guérit, malgré une légère pelvi-péritonite consécutive. Dans un fait de cancer de la paroi postérieure, Rüter⁴ a suturé la surface cruentée, provenant de l'extirpation, au col utérin préalablement avivé. Il semble que cette sorte de restauration par autoplastie ait empêché la récurrence, et au bout de trois ans une grossesse était survenue.

Chez une femme dont le cancer occupait toute la cloison recto-vaginale en partie détruite et donnait lieu à un cloaque, v. Eiselsberg⁵ pratiqua d'abord la résection du coccyx et établit un anus artificiel dans la région sacrée, après avoir extirpé tout le néoplasme. La plaie fut ensuite rétrécie par des points de suture, et l'utérus ayant été abaissé, on fixa le col à l'extérieur, au niveau de la peau. La guérison se fit rapidement; les règles furent librement évacuées à l'extérieur, et les selles ne tardèrent pas à être retenues. Cette conduite hardie mérite d'être imitée.

Dans les cas où l'on ne pourra espérer tout enlever, on se bornera à faire le curage suivi de cautérisation au fer rouge, et l'on veillera le plus possible à l'antisepsie du vagin, au moyen d'injections au sublimé et de tampons iodoformés.

de l'estomac. — Un cas analogue a été rapporté par Browicz (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 414), sous le nom de *ulcus rodens de Clark*. Il s'agissait aussi d'une femme âgée (59 ans), atteinte de sclérose artérielle. En somme, ces ulcères paraissent être le résultat de véritables infarctus et n'ont été observés que dans les conditions où ces derniers se produisent, ce qui pourra servir à établir le diagnostic.

¹ HERZFELD (*Allg. Wien. med. Zit.*, 1889, n° 48) a opéré un sarcome primitif du vagin qui a récidivé au bout de 5 mois.

² BRÜCKNER. *Der primäre Scheidenkrebs und seine Behandlung* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1881, Bd. VI, p. 110).

³ MUNDÉ. *Two cases of primary epithelioma of the vulva and vagina* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1889, t. XXIII, p. 476).

⁴ RÜTER (de Hambourg). *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 58, p. 606.

⁵ v. EISELSBERG. *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 12 mars 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 55, p. 610).

CHAPITRE III

DES FISTULES VAGINALES.

Classification — Fistules urinaires. — Étiologie. — Anatomie pathologique. Division. Symptômes. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. Aperçu historique. I. Traitement des fistules vésico-vaginales et uréthro-vaginales. Indications opératoires. Oblitération directe de la fistule. Cautérisation. Réunion immédiate secondaire. Réunion primitive, technique et soins consécutifs. Oblitération indirecte de la fistule. Colpocleisis. Oblitération vulvo-rectale. II. Traitement des fistules cervicales. 1° Fistules juxta-cervicales superficielles et profondes. Hystérocleisis vésical. 2° Fistules intra-cervicales. Cautérisation. Avivement et suture. Cystoplastie. Hystéro-stomato-cleisis. III. Traitement des fistules uretéro-vaginales et uretéro-cervicales : 1° Méthode d'oblitération directe. Procédé de Simon, de Landau, de Schede. Procédé du dédoublement. 2° Méthode de l'oblitération indirecte. Colpocleisis. Néphrectomie. — Gravité de l'opération. Accidents opératoires et post-opératoires. Déchirures du vagin. Hémorrhagie. Blessure et ligature de l'uretère. Péritonite. Calculs. Résultats. Incontinence d'urine; opération de Pawlik. — Fistules fécales. — Fistules recto-vaginales. Étiologie. Anatomie pathologique. Symptômes et diagnostic. Pronostic. Traitement. Opération par le périnée, par le vagin et par le rectum. Soins préliminaires et consécutifs. — Fistules entéro-vaginales. Définition. Étiologie. Anatomie pathologique. Symptômes. Diagnostic. Traitement. Cautérisation. Section de l'éperon. Avivement et suture. Laparotomie et entérorrhaphie. Abouchement du bout supérieur au rectum. Création d'une voie de dérivation des matières vers le rectum.

Le vagin peut communiquer d'une façon durable avec les viscères voisins, à l'aide d'orifices ou de trajets cicatriciels organisés et recouverts d'épithélium. Ces communications anormales ou fistules doivent être divisées en deux genres, selon qu'elles donnent passage à l'urine ou aux matières fécales.

Fistules urinaires.

Étiologie. — Il convient de rejeter, par définition, de la classe des fistules proprement dites ou cicatricielles les communications fistuleuses établies par le cancer, à une période avancée de son évolution.

Dans l'immense majorité des cas, les fistules remontent à un accouchement laborieux qui a provoqué la mortification d'une partie plus ou moins étendue du canal génital. Lorsque la tête fœtale reste trop

Classification.

Étiologie.

longtemps engagée dans le détroit inférieur, la cloison vésico-vaginale, appliquée contre le pubis, est fortement comprimée et se mortifie, pour peu que cette compression dure longtemps, comme dans les cas d'étroitesse du bassin, de volume exagéré de la tête de l'enfant, de présentation de l'épaule, etc. C'est la durée de la pression plus encore que son intensité qui est à redouter.

Les autres causes de fistules sont infiniment plus rares :

Les **blessures** de la cloison vésico-vaginale par le forceps, le céphalotribe, ou un instrument vulnérant quelconque, ont été observées; parfois c'est le chirurgien qui a pratiqué la perforation, soit intentionnellement, comme dans la taille vaginale, soit accidentellement, comme dans l'hystérectomie.

Les **calculs vésicaux**¹ ont amené des fistules, en produisant des ulcérations, au niveau d'une cellule où ils se sont enchatonnés, ou simplement en provoquant un abcès, au niveau d'un point adhérent. Les **corps étrangers** de la vessie n'agissent guère qu'après avoir provoqué la formation d'un calcul².

Les **ulcérations**³ de la vessie dues à un catarrhe chronique ont pu, exceptionnellement, aller jusqu'à la perforation de la cloison.

Les **ulcérations tuberculeuses du vagin** sont une rareté pathologique, et, lorsqu'elles produisent une perforation, cet orifice anormal, à moins que ses bords ne viennent à se cicatriser, ne mérite pas plus de rentrer dans la classe des fistules que les perforations cancéreuses.

Anatomie pathologique.
Division.

Anatomie pathologique. — Le siège des fistules, qui a servi à établir des divisions entre elles, est variable et dépend de la situation de la vessie et de l'urèthre, relativement au bord supérieur du pubis, au moment des efforts de l'accouchement : c'est, en effet, contre cette arête que se produit la pression entraînant le sphacèle. Les parois du corps utérin ne sauraient devenir le siège d'une perforation, puisque l'orifice interne se trouve toujours au-dessus du pubis. Mais il n'en est pas de même de la paroi antérieure du col de l'utérus; si elle est atteinte de sphacèle, ce qui est rare, il en résulte une fistule faisant communiquer le col et la vessie, la fistule **vésico-utérine**, qu'il serait plus exact d'appeler **vésico-cervicale**. Ordinairement, l'orifice externe du col a passé par-dessus la tête du fœtus quand la pression mortifiante a lieu, et, par conséquent, c'est la cloison vésico-vaginale qui la subit et qui plus tard se perfore, occasionnant une fistule

¹ Des faits de cet ordre sont cités dans les livres classiques de DESAULT, RICHERAND, BOYER, ROKITANSKY, etc.

² MORAND et JOBERT (de Lamballe) en ont rapporté des observations.

³ L. TAIT (cité par SCHRÖDER, *Mat. des org. génit. de la femme*, trad. franç., 1886, p. 519) en aurait observé quatre cas. — SCHRÖDER (*ibid.*) a vu, dans un cas, la perforation se produire sous ses yeux.

vésico-vaginale. Enfin, il peut arriver que la vessie, à l'état de réplétion, reste élevée au-dessus du pubis, en entraînant l'urèthre en haut; alors, c'est ce canal qui se perfore, d'où une fistule **uréthro-vaginale**. Verneuil¹ a appelé **uréthro-cervico-vaginales** les fistules où le col de la vessie et l'urèthre sont simultanément intéressés.

L'orifice vésical des uretères siège à 3 centimètres environ au-dessous du museau de tanche, et ces canaux ont, comme on le sait, un court trajet intra-pariétal dans l'épaisseur même de la vessie. On comprend, par suite, qu'une compression siégeant à l'union du tiers supérieur de la vessie avec le tiers inférieur les intéresse et produise soit une fistule **urétéro-utérine** (qu'il serait plus exact d'appeler **urétéro-cervicale**)², soit une fistule **urétéro-vaginale**, selon que l'orifice anormal siège au niveau du col ou plus bas dans le vagin.

La forme la plus fréquente est la fistule **vésico-vaginale**. Elle siège ordinairement très haut dans le cul-de-sac et correspond au bas-fond de la vessie. Les dimensions sont parfois si petites qu'on a les plus grandes peines à la découvrir; d'autres fois, elle constitue une fente ou un orifice béant, de forme généralement ovale, à direction transversale ou oblique, à bords tantôt souples, tantôt épais et scléreux; on reconnaît, le plus souvent, avec netteté, le liséré d'union des deux muqueuses; celle du vagin s'enroule ordinairement un peu en dedans, formant, selon l'expression de Verneuil, une sorte d'*entropion*. L'orifice est unique dans la majorité des cas; il peut en exister plusieurs, séparés par des ponts charnus ou cicatriciels; on a même vu la cloison vésico-vaginale être à ce point détruite qu'il existait ce que Deroubaix³ a appelé un **cloaque uro-génital**.

Le **vagin** supporte souvent très bien le contact incessant de l'urine; mais il peut aussi être le siège d'une inflammation chronique des plus pénibles. Ce canal présente parfois des brides cicatricielles, résultat des eschares contemporaines de la fistule, qui amènent son rétrécissement; dans le diverticulum supérieur qui peut être ainsi constitué, il se produit, dans certains cas, une stagnation de l'urine et des **concrétions calculeuses**. Une des complications les plus fâcheuses des fistules, à cause des difficultés qu'elle constitue pour le traitement, est l'existence de **tissu cicatriciel**, unissant fortement les parois du vagin au squelette. L'**urèthre** est parfois compris dans ces masses inodulaires; il est dévié, rétréci, ou même oblitéré. Lorsque la perforation est considérable, la **vessie**, qui est largement ouverte et dont la muqueuse est irritée par l'accès de l'air et les sécrétions vaginales,

¹ VERNEUIL. *Mém. de chir.*, t. I, p. 935.

² HEGAR et KALTENBACH (*Traité de gynécolog. opér.*, trad. franç., p. 498) n'en signalent que neuf cas publiés. — C'est BÉRARD qui a fait connaître la première observation de ce genre.

³ DEROUBAIX. *Traité des fistules uro-génitales de la femme*, Bruxelles, 1870.

s'enflamme; en outre, comme elle ne remplit plus son rôle de réservoir urinaire, elle se rétrécit.

Dans les fistules siégeant sur les côtés du trigone vaginal de Pawlik (fig. 84), on peut pénétrer, avec un stylet ou une sonde appropriée, dans l'uretère¹ qui s'ouvre soit sur le bord libre, soit un peu au delà, dans la vessie; il est probable qu'il existe en pareil cas un certain degré d'urétérite, que le toucher, suivant les préceptes de Sängér (p. 125), permettrait de reconnaître. Freund², dans une autopsie de fistule urétéro-utérine, a trouvé ce canal dilaté comme dans les cas d'hydronéphrose; il y avait un notable rétrécissement inférieurement, au niveau de la fistule.

Les fistules urétéro-vaginales pures, sans communication simultanée avec la vessie, sont très rares. Le plus souvent, la perforation de l'uretère est une dépendance de la fistule vésico-vaginale. De même les fistules urétéro-utérines ne sont guère qu'un cas particulier des fistules vésico-utérines ou vésico-cervicales, dans lesquelles, à la suite du travail de rétraction cicatricielle qui succède à la chute des eschares, l'uretère ouvert s'est fusionné au col plus ou moins détruit et communiquant avec la vessie. Cependant, il peut se faire que, au bout d'un certain temps, la portion de fistule qui correspond à la vessie s'oblitére par rétraction concentrique progressive, tandis que la portion où s'ouvre la perforation de l'uretère est entretenue par la filtration incessante de l'urine qui vient directement de ce conduit et persiste. Toute fistule urétérale est donc une fistule invétérée, et, si l'on peut ainsi dire, à moitié guérie. De là vient la difficulté qu'il y a souvent à retrouver le petit orifice dans les fossettes et sous les brides du tissu inodulaire.

Si la fistule est uréthro-vaginale, elle siége assez près de la vulve, entre 3 et 5 centimètres du méat. On a trouvé une fistule de ce genre en avant d'une fistule vésicale, et le canal uréthral oblitéré entre ces deux orifices. Ces fistules peuvent être très petites ou offrir d'énormes dimensions.

Il est de règle que l'utérus soit atteint de métrite dans les cas de fistules urinaires qui maintiennent le col dans un état d'irritation constante; l'altération du museau de tanche (sclérose, ulcération) peut être considérable, et je l'ai vue, dans un cas, présenter l'aspect d'une lésion de mauvaise nature, d'un cancer nodulaire.

Symptômes.

Symptômes. — Quand un accouchement a été laborieux ou accompagné de manœuvres obstétricales violentes, on observe souvent,

¹ MAX. *Annal. de la Soc. anat. path. de Bruxelles*, 1860, t. III, p. 18. — S. POZZI. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 23 fév. 1887, p. 114.

² A.-G. FREUND. *De fistula uretero-uterina, conspectu historico*, Vratislaviæ, 1860, et *Klin. Beiträge zur Gyn.*, v., J.-W. BETSCHLER, W.-A. FREUND et M.-B. FREUND, Breslau, 1862.

aussitôt après, de l'écoulement involontaire de l'urine; il est possible que le fait soit le résultat d'une dilacération de la paroi vésico-vaginale, mais il peut également être sous la dépendance d'une sorte de paralysie traumatique du col de la vessie qui précède parfois, de plusieurs jours, l'élimination des eschares.

Il ne faut donc ajouter que peu d'importance à la date que les malades assignent au début de cet accident, et ne pas en conclure, avec Deroubaix, que dans la majorité des cas la fistule est apparue immédiatement après la délivrance; incontinence d'urine et fistule ne sont pas, en effet, forcément contemporaines, comme les malades sont portés à le penser. Ce n'est guère que le 3^e ou le 4^e jour que l'eschare est assez molle pour laisser passer l'urine par une sorte de filtration d'abord insensible, puis avec une abondance croissante à mesure qu'elle se détache; on a parfois noté un retard considérable dans ce travail d'élimination, qui peut se prolonger durant un mois. La quantité d'urine qui s'écoule est en rapport avec les dimensions de l'orifice; les altérations de la qualité (muco-pus, phosphates) sont sous la dépendance de la cystite concomitante. L'attitude des malades influe beaucoup sur l'écoulement de l'urine. Il en est qui parviennent à la retenir en serrant les cuisses; Verneuil¹ a vu une femme qui n'en perdait que dans le décubitus latéral. On conçoit, du reste, qu'une fistule qui siége vers le bas-fond permette de conserver, dans la station verticale, du liquide qui s'échappera d'emblée, si la perforation de la vessie siége vers le col. La disposition des lèvres de la plaie, des brides voisines, etc., peut aussi avoir une grande influence sur ce phénomène.

Dans les fistules uréthro-vaginales, l'urine ne s'écoule dans le vagin qu'au moment de la miction. Dans les fistules urétéro-vaginales ou urétéro-utérines, l'urine sécrétée par un des reins s'accumule normalement dans la vessie, tandis que celle qui est sécrétée par l'autre filtre, goutte à goutte ou par petits jets, dans le vagin.

Le suintement perpétuel et involontaire de ce liquide constitue, dans les fistules vésico-vaginales, un véritable supplice pour les femmes, qui sont toujours mouillées, qui exhalent une odeur pénétrante que rien ne peut faire disparaître, et dont la vulve et les cuisses sont le siège d'une irritation des plus pénibles.

La santé générale peut être satisfaisante, mais peut aussi s'altérer profondément, sous l'influence des inflammations ascendantes de l'appareil génito-urinaire: métrite, salpingite, pyélo-cystite. On a souvent noté de l'aménorrhée². Toutefois, la conception et l'accouchement normal peuvent avoir lieu.

¹ VERNEUIL. *Loc. cit.*, p. 779.

² KRONER. *Arch. f. Gyn.*, 1882, Bd. XIX, p. 149.

Diagnostic.

Diagnostic. — Au début, quand la femme vient d'accoucher, il ne faut pas se hâter de conclure à l'existence d'une fistule urinaire, parce que l'urine s'échappe involontairement; le fait peut provenir, comme je l'ai dit, d'une paralysie du col vésical, ou du corps même de l'organe, avec regorgement consécutif. L'exploration sera faite avec soin, et pour peu qu'il y ait doute, une injection, colorée de lait, dans la vessie préalablement vidée, tranchera la difficulté : s'il existe la moindre perforation, le liquide sortira par le vagin.

Le toucher est un moyen de diagnostic suffisant pour les grandes fistules, surtout si on le combine au cathétérisme fait avec une sonde métallique. Mais l'examen au speculum est indispensable pour acquérir des notions précises et pour découvrir aussi certaines perforations de très petit calibre.

On devra successivement placer la femme dans la position latérale de Sims, puis dans la position genu-pectorale, en déprimant la fourchette et en écartant les parois latérales du vagin avec des valves appropriées. Cette dernière position est celle qui permet le mieux d'étaler la paroi antérieure, pourvu qu'on prenne soin, en même temps, de fixer et d'abaisser légèrement le col avec des pinces. L'examen est, toutefois, très difficile si le vagin est rétréci, et l'on ne pourra alors y procéder qu'après une dilatation préalable, soit lente, soit extemporanée, selon les procédés dont je parlerai à propos du traitement.

Même quand le vagin est suffisamment perméable, la vue peut être gênée par des brides et des anfractuosités qui résultent de la cicatrisation des eschares. On s'aidera, pour faire le déplissement, de petits crochets aigus et l'on promènera un fin stylet dans toute fossette suspecte. En même temps, une sonde métallique fera saillir la paroi antérieure de la vessie, et l'on engagera la femme à faire un effort pour la tendre davantage.

On ne négligera pas, dans les cas douteux, d'injecter du lait dans le réservoir urinaire. Si l'on examine, un moment après, l'intérieur du vagin, on verra le lait sourdre par le pertuis. Si celui-ci, cependant, est excessivement petit il n'est pas impossible que le suintement se fasse sans que son point d'émergence soit visible. Je conseille alors de bien dessécher la paroi vaginale antérieure et d'y appliquer une feuille de papier buvard, pendant qu'on fait remplir la vessie. On observera aussitôt une tache d'humidité, au niveau même où siège l'orifice qu'on n'avait pu découvrir et qu'il sera, dès lors, plus facile de rechercher avec un fin stylet.

Si la fistule est cervico- ou utéro-vaginale, l'introduction d'une sonde dans la vessie et d'un stylet dans le col feront trouver une perforation un peu large. Si elle est très petite, on la mettra en évi-

dence par l'emploi d'injections de lait dans la vessie; on verra le liquide sortir par le museau de tanche. On confirmera le diagnostic en dilatant le col et pratiquant l'exploration de sa cavité en même temps que le cathétérisme vésical¹.

Dans la fistule urétéro-utérine, l'urine s'échappe, aussi, par le col comme dans l'espèce précédente, et le diagnostic est, au premier abord, impossible. Il faut recourir à des explorations très minutieuses pour faire la distinction. Les injections de lait dans la vessie ne sortiront pas à travers le col (à moins que la fistule ne soit urétéro-vésico-utérine). L'obturation du col par une tige de laminaire, faite dans le but d'amener sa dilatation pour en faciliter l'exploration, serait suivie, comme dans un cas observé par Freund², de douleurs de reins, avec vomissements et fièvre, résultant de l'oblitération de l'orifice du canal évacuateur d'un des reins. Un moyen ingénieux a été employé par Bérard : il fit uriner la malade, puis la fit se placer sur un vase pour recueillir tout le liquide qui sortait par le vagin; au bout de deux heures, on la sonda, et l'on compara la quantité d'urine retirée par le cathétérisme à celle qui avait coulé spontanément du vagin dans le vase; ces deux quantités étant égales, on en conclut qu'elles provenaient chacune d'un des reins.

Je crois qu'en pareil cas la recherche de l'épaississement d'un des uretères, par le toucher des uretères, selon le procédé Sängér (p. 125), viendrait confirmer le diagnostic, en faisant découvrir de l'urétérite du côté du siège de la lésion. Le cathétérisme de l'uretère, selon les procédés de Pawlik ou de Simon (p. 129) pourrait aussi permettre d'arriver dans le col utérin : toutefois, il faut se souvenir que l'uretère se rétrécit au-dessous de la perforation et peut, par suite, ne plus être facilement perméable.

On soupçonnera qu'on a affaire à une fistule urétéro-vaginale, quand l'orifice siègera à 1 ou 2 centimètres du col sur les côtés du vagin, au niveau d'une des parties latérales du triangle de Pawlik (fig. 84) et aussi quand elle aura été l'objet de nombreuses tentatives opératoires, ayant échoué malgré l'habileté de leurs auteurs.

Quand la fistule est purement urétéro-vaginale, l'orifice est très petit, à bords abrupts ou surmontés d'un bourgeon; quand, ce qui est plus fréquent, elle est urétéro-vésico-vaginale, l'orifice peut être très grand, et c'est sur une de ses lèvres qu'on devra rechercher l'ouverture de l'uretère, en se guidant sur les rapports connus de ce conduit. On a parfois vu l'urine en jaillir par saccades. On cherchera toujours à introduire une sonde urétérale (fig. 85), fût-ce en tâton-

¹ NÉLATON. *Pathologie chirurg.*, t. V, p. 485.

² FREUND. *Klin. Beiträge zur Gyn.*, 1882, p. 84.

nant, au niveau du bord postérieur, si l'on ne voit pas l'ouverture. La pénétration profonde du cathéter, qui se dirige vers le rein, l'issue de l'urine limpide par son pavillon malgré les injections de lait dans la vessie, lèveront tous les doutes. J'ai pu, dans un cas de ce genre, introduire la sonde de Pawlik à une profondeur de 21 centimètres.

L'exploration de l'urèthre par le cathétérisme devra toujours être faite avec grand soin. On se servira d'une petite sonde en gomme, vu les déviations qu'a pu subir le canal. Il faut se mettre en garde contre une erreur signalée par Hegar et Kaltenbach : l'urèthre étant obstrué dans la partie postérieure, entre une fistule uréthro-vaginale et une fistule vésico-vaginale, on a pu voir la sonde introduite par l'urèthre en sortir pour pénétrer dans le vagin par l'orifice uréthral et rentrer dans la vessie par l'orifice vaginal. Il suffit d'un peu d'attention pour en être averti.

Le col de l'utérus, atteint d'inflammation chronique, est parfois dur, bosselé, augmenté de volume, et présente une ulcération taillée à pic et d'aspect vernissé, analogue à celle de certains ulcères variqueux des jambes, qui éveille l'idée d'une affection de mauvaise nature. On ne se hâtera pas de conclure à un cancer du col, et l'on verra ces lésions disparaître ou tout au moins considérablement s'améliorer, dès que la fistule sera oblitérée.

Pronostic.

Pronostic. — La guérison spontanée des fistules urinaires¹ ne peut se produire qu'au début de leur formation et lorsque le travail de cicatrisation concentrique qui succède à la chute des eschares n'a pas encore épuisé son action; on peut alors être surpris de la rapidité avec laquelle de grandes perforations diminuent ou disparaissent. Mais, au bout d'un certain temps, la rétraction inodulaire étant terminée et l'orifice étant exactement circonscrit par l'épithélium des deux muqueuses qui s'est rejoint sur son bord libre, la lésion est définitive et n'a plus aucune tendance spontanée à guérir. Les fistules sont plutôt une infirmité qu'une maladie : ce qui constitue leur gravité éventuelle, ce sont les complications inflammatoires qui peuvent survenir du côté de la vessie et de l'utérus, et, de là, se propager par voie ascendante aux reins, ou aux trompes et au péritoine. Les fistules de l'uretère, celles qui s'abouchent dans le col de l'utérus, sont spécialement à redouter à ce point de vue.

Quant à la curabilité des diverses espèces de fistules, elle varie beaucoup suivant le siège, l'étendue, l'ancienneté, les altérations simultanées du vagin.

Les fistules du bas-fond sont plus faciles à oblitérer que les fistules cervico-vésico-vaginales, et même que les fistules uréthro-vaginales qui, *a priori*, paraîtraient facilement curables; cela tient à la souplesse

¹ NÉLATON. *Loc. cit.*, p. 507.

et à la moins grande laxité des tissus voisins. Les fistules vésico-cervicales sont très rebelles au traitement. Toutes les fistules urétrales, soit dans le vagin, soit dans le col, présentent aussi des difficultés particulières, et leur oblitération expose même à des dangers, pour peu que l'opération compromette la perméabilité du canal excréteur du rein.

Traitement. — **Aperçu historique.** — La fistule urinaire chez la femme a été décrite dès la fin du xvi^e siècle, par Séverin Pineau¹. Son traitement par l'avivement et la suture avait même été conseillé, au xvii^e siècle, par le chirurgien hollandais van Roonhuyzen²; mais ces opérations avaient échoué faute d'une bonne technique. Aussi, au xviii^e siècle, avait-on renoncé à tout traitement curatif; Jean-Louis Petit³ appliquait une sorte d'urinal qu'il appelait *trou d'enfer*. Desault et Chopart⁴ se bornaient à placer une sonde à demeure et à appliquer un tampon vaginal, dès le début, pour favoriser la cicatrisation spontanée. Au commencement du xix^e siècle⁵, des tentatives opératoires furent faites dans divers sens. Delpech, Dupuytren et Jules Cloquet préconisèrent la cautérisation. La suture fut de nouveau tentée par Lewisky en 1802, par Nægelé en 1812, par Lallemand, par Deyber, par Malagadi (de Bologne) en 1828, par Roux en 1829, par Dugès en 1830. Lallemand⁶ inventa, en 1824, sa fameuse *sonde-érigne* ou *sonde unissante* pour réunir les bords de la fistule, préalablement avivée par la cautérisation. Les succès allégués par Lallemand, quoique très contestés, amenèrent une sorte d'engouement

Traitement.
Aperçu histo-
rique.

¹ SEV. PINEAU. *Opusc. physiol. anat.*, etc. Paris, 1598.

² HENRY VAN ROONHUYZEN. *Heelkonstige Aanmerkingen betr. de Gebreken der Vrouwen*. Amsterdam, 1663. Ce mémoire a été traduit en anglais, en 1676. (*Philosoph. Transact.*, t. XI, p. 621). — Au xviii^e siècle, FATIO, de Bâle, et VÆLTER essayèrent, de nouveau, la suture sans succès.

³ J.-L. PETIT. *Traité des maladies chirurg.*, etc. Paris, 1790, t. III, p. 87.

⁴ F. CHOPART. *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, 1821.

⁵ Cet historique a été traité de main de maître par ROCHARD. *Histoire de la chirurgie française, au XIX^e siècle*. Paris, 1875, p. 387-394 et 839-843. — Consulter aussi JOBERT (de Lamballe). *Mémoires sur les fistules vésico-vaginales et sur leur traitement par une nouvelle méthode opératoire* (*Gaz. méd. de Paris*, 1836, p. 193). — VELPEAU, *Nouv. éléments de méd. opérat.*, 2^e édit., 1839, t. IV, p. 435.

⁶ LALLEMAND (de Montpellier). *Réflexions sur le traitement des fistules vésico-vaginales* (*Arch. gén. de méd.*, avril 1825, 1^{re} sér., t. VII, p. 481). La sonde-érigne est également décrite et figurée par SÉDILLOT et LEGUEST. *Traité de méd. opérat.*, 1870, t. II, p. 552 (fig. 561). — DEVILLE (thèse de Montpellier, 1835, n^o 107) a publié deux observations de guérison par le procédé de Lallemand. — SERRE (*Mémoire sur l'emploi de la sonde-érigne dans le traitement des fistules vésico-vaginales...*, lu à la Soc. de médecine de Montpellier le 15 juin 1840, in *Gaz. méd. de Paris*, 1840, p. 487) affirme, d'autre part, que dans une quinzaine de faits recueillis en douze années, à l'hôpital Saint-Éloi, dans le service de LALLEMAND, il a compté cinq décès et n'a noté aucune guérison. Cependant, BRÉCHET (*Gaz. méd.*, 1840, p. 651) lisait, peu après, à l'Académie des sciences, un rapport sur un mémoire de LALLEMAND, dans lequel il admettait la réalité de sept guérisons obtenues sur quinze opérations!