

avec une bonne réunion : il est bien préférable d'avoir affaire à une surface cruentée très vaste, mais bien vivante, qu'à une surface plus restreinte dont l'agglutination serait en péril (fig. 403, 404 et 405).

Fistules juxta-cervicales profondes.

Dans les fistules juxta-cervicales profondes, l'étoffe peut se trouver tout à fait insuffisante pour faire l'avivement et obtenir le rapprochement des lèvres de la plaie; il faut se rappeler, en outre, que l'avivement du moignon de la lèvre antérieure détruite offre de

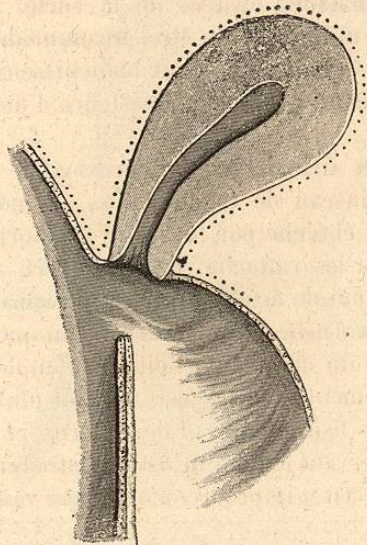


Fig. 407. — Fistule juxta-cervicale profonde. — La lèvre postérieure du col et le cul-de-sac postérieur du vagin sont situés sur le prolongement de la cloison vésico-vaginale, par suite de la rétroversion de l'utérus.

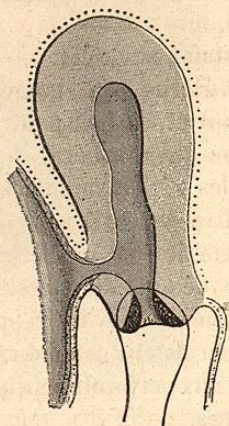


Fig. 408. — Fistule intra-cervicale; hystéro-stomato-cleisis (Schéma).

grands dangers, vu le voisinage du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, qu'a attiré et fixé le travail de rétraction inodulaire. Il faut donc considérer, comme une exception heureuse et comme un exemple difficile à suivre, la guérison par affrontement direct qu'a obtenue Hegar¹, dans un cas de ce genre.

Les fistules juxta-cervicales profondes, qui ne se prêtent pas à la suture directe, peuvent encore être opérées d'une manière différente: on a suturé la lèvre postérieure du museau de tanche avec la lèvre antérieure ou vaginale de la fistule; de la sorte, le col de l'utérus vient s'ouvrir dans le réservoir de l'urine (fig. 406). On pourrait appeler cette opération **hystéro-cleisis vésical** pour la distinguer de l'hystéro-stomato-cleisis où les lèvres du col sont suturées entre elles (fig. 408). Il faut faire attention de ne pas faire porter l'avivement au delà du col, sur la partie voisine du vagin, pour l'incarcérer

Hystéro-cleisis vésical.

¹ HEGAR et KALTENBACH. *Loc. cit.*, trad. franç., p. 507.

dans la vessie. En effet, la blessure du péritoine est alors très à craindre. Le col presque tout entier peut être caché dans la vessie et le cul-de-sac postérieur du vagin, saillant, peut simuler la lèvre postérieure. Aviver à ce niveau serait sûrement entrer dans le péritoine (fig. 406 et 407).

2° **Fistules intra-cervicales.** — D'après A. Martin¹, cette variété de fistules serait plus fréquente qu'on ne l'admet généralement, mais elles ont une tendance naturelle à guérir, quand elles ne sont pas trop étendues et ne comprennent pas l'uretère. Le premier soin du chirurgien doit être de mettre l'orifice à découvert, par la dilatation avec la laminaire. L'orifice est-il étroit et le trajet de quelque longueur, on peut essayer la cautérisation avec la pointe rougie d'un thermo-cautère, ou mieux, d'un galvano-cautère, répétée un certain nombre de fois, à huit jours d'intervalle. On a essayé divers autres caustiques, entre autres le nitrate d'argent.

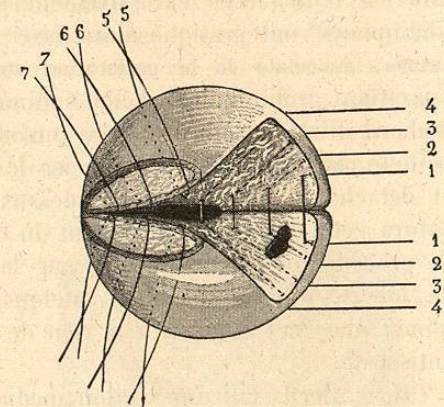


Fig. 409. — Opération de la fistule urinaire intra-cervicale; procédé de Sanger.

Neugebauer² a obtenu, par la cautérisation, 15 guérisons sur 133 cas, mais il a eu à déplorer une mort. Si la cautérisation échoue, on pourra avoir recours, pour fermer directement la fistule, à l'une des deux opérations suivantes :

a. **L'avivement et la suture.**

b. **La cystoplastie**, par dissection du col à sa partie antérieure et suture, suivant le procédé de Follet.

L'avivement et la suture ont été mis en usage, avec succès, pour la première fois, par Jobert de Lamballe (1849), dans une observation qui est longtemps demeurée unique. Simon n'a pratiqué cette opération qu'une fois; on connaît maintenant plusieurs cas de succès de Emmet³, Kalténbach, Lossen, Martin, Müller⁴, Schröder⁵, Neugebauer⁶, Zweifel⁷ et de Sanger⁸. Ce dernier a eu recours à un procédé

¹ A. MARTIN. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1879, Bd. IV, p. 320.

² NEUGEBAUER. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, Heft 5, p. 280.

³ EMMET. *The principles and practice of gynecology*, Londres, 1880, p. 634 et suiv.

⁴ HEGAR et KALTENBACH, *loc. cit.*, p. 524.

⁵ VOIR HOFMEIER. *Manuel de gynéc. opér.*, trad. franç., p. 106.

⁶ NEUGEBAUER, *loc. cit.*

⁷ ZWEIFEL. *Soc. obst. de Leipzig*, 19 déc. 1887 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 378).

⁸ SANGER. *Ibid.*, p. 377.

Fistules intra-cervicales.

Cautérisation.

Avivement et suture.

ingénieux, véritable *trachélo-syringorrhaphie*, analogue à l'opération d'Emmet. Dans un cas où la fistule siégeait latéralement, il commença par fendre des deux côtés le col de l'utérus, puis du côté où existait l'orifice fistuleux, il pratiqua la suture du col, comme dans l'opération d'Emmet; afin de rétablir un orifice cervical suffisant de l'autre côté, il sutura la muqueuse de l'intérieur du col à celle de l'extérieur, ce qui reporta un orifice suffisant sur le côté (fig. 409).

Cystoplastie.

Quand la fistule est très élevée et siége sur la ligne médiane, elle est d'un accès excessivement difficile; Follet¹, Wölfler² et Champneys³ ont pratiqué alors, avec succès, la *cystoplastie* et la *suture immédiate de la perforation vésicale* mise à nu par une opération préliminaire. Voici comment a procédé Follet: il a d'abord dilaté l'urèthre pour y introduire le doigt; il abaissa ensuite le col jusqu'à la vulve, incisa le cul-de-sac antérieur du vagin et détacha la vessie jusqu'au-dessus de la perforation; enfin il sutura cette dernière, en s'aidant du doigt introduit dans l'urèthre. Ce procédé audacieux, inspiré par la cystoplastie par locomotion de Jobert, offre assurément quelque danger de blesser le péritoine; mais cet accident n'a rien de redoutable avec une bonne antisepsie.

Otto v. Herff⁴ fait une section médiane du col jusqu'à la fistule. Puis la vessie est décollée de l'utérus sur une étendue d'environ 1 centimètre. Il en résulte une surface d'avivement composée de deux moitiés, l'une postérieure et l'autre antérieure. Chacune d'elles comprend en son milieu l'un des orifices du trajet fistuleux dédoublé. Cette surface d'avivement est alors suturée comme une élytrorrhaphie antérieure. Au cas où la suture viendrait à céder au niveau de l'orifice vaginal, on aurait affaire à une fistule vésico-vaginale qu'on traiterait par un des procédés connus.

Hystéro-stomato-cleisis.

Comme dernière ressource on aurait l'*hystéro-cleisis*, qu'il vaut mieux appeler *hystéro-stomato-cleisis*, c'est-à-dire la suture des deux lèvres du col (fig. 408); les règles passent alors dans la vessie et il peut en résulter des coliques, quand l'orifice est très étroit. Courty a, pourtant, vu plusieurs fois la menstruation se faire, sans aucun inconvénient. On doit prévenir les femmes que l'opération entraîne

¹ FOLLET (de Lille). *Fistule vésico-utérine; nouveau procédé de cystoplastie* (Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 26 mai 1886, p. 445).

² WÖLFLE. *Oest. ärzt. Verein-Zeit.*, 1887 (Memorabilien von FR. BETZ. Heilbronn, 1887, Heft 2, p. 99).

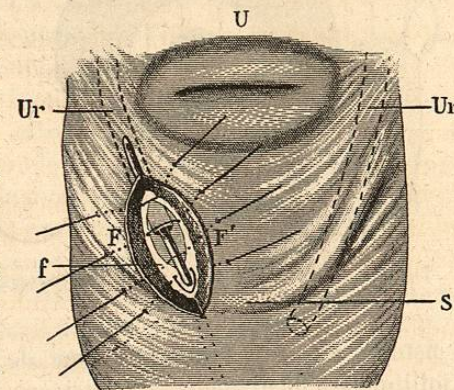
³ CHAMPNEYS. *Obstet. Soc. of London*, 3 oct. 1888 (anal. in *Annal. de Gyn.*, nov. 1888, t. XXX, p. 376).

⁴ OTTO V. HERFF. *Zur Behandlung der Blasengebärmutterfisteln* (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1891, Bd. XXII, p. 1).

la stérilité; toutefois, il suffit d'un petit orifice permettant l'introduction d'un stylet pour que la fécondation puisse avoir lieu, ainsi que P. Deroubaix en a observé un exemple.

Fistules uretéro-vaginales et uretéro-cervicales. — Pendant très longtemps on a considéré l'oblitération directe de ces fistules comme au-dessus des ressources de l'art. On connaît aujourd'hui plusieurs procédés applicables à la fistule uretéro-vaginale.

1° Méthode d'oblitération directe. — Procédé de Simon¹. — On crée d'abord une fistule vésico-vaginale à côté de l'orifice de la fistule uretérale; on passe une sonde dans l'uretère par cette voie; puis, toujours à travers cette fenêtre, on débride l'uretère en haut de manière à transformer en une gouttière, dans une étendue de un centimètre à un centimètre et demi, la portion du canal qui est renfermée dans les parois de la vessie. Les bords de cette incision doivent être écartés chaque jour avec une sonde cannelée, de manière à empêcher leur agglutination et à les faire cicatriser isolément. Quand on suppose que ce but est atteint, on ferme par un large avivement et une suture transversale la fistule vésico-vaginale artificielle, maintenant éloignée de l'abouchement de l'uretère.



Fistules uretéro-vaginales et uretéro-cervicales.

Oblitération directe. Procédé de Simon

Procédé de Landau.

Fig. 410. — Opération de la fistule uretéro-vaginale; procédé de Landau.

U. Col utérin. Ur. Trajet de l'uretère. S. Pli du vagin correspondant au ligament inter-uretérique. FF. Fenêtre vésico-vaginale au fond de laquelle on aperçoit la sonde introduite dans l'uretère.

Procédé de Landau. — Landau² a proposé de créer d'abord, s'il n'existe pas de large perforation vésico-vaginale, qui en dispense, une fenêtre vésico-vaginale par l'excision d'un lambeau ovale; puis il fait passer dans l'uretère une fine sonde élastique qu'il ramène d'abord dans la vessie et qu'il fait ressortir par l'urèthre, avec des pinces. On place alors la malade dans la position genu-pectorale et on avive la muqueuse vaginale tout autour de la solution de continuité par laquelle on aperçoit la sonde qui assure l'intégrité du calibre de l'uretère, et l'on fait des points de suture perpendiculaires à la sonde qui est laissée quelques

¹ SIMON. *Wien. med. Woch.*, 1876, n° 28, p. 692.

² LANDAU. *Arch. f. Gyn.*, 1876, Bd. IX, p. 426.

jours en place (fig. 410). Bandl¹ a adopté ce procédé, en le modifiant légèrement, et l'a mis en pratique dans deux opérations; il obtint la guérison après plusieurs tentatives, non sans avoir dû une fois défaire les sutures qui avaient compris l'uretère.

Procédé de Schede.

Procédé de Schede. — Schede² a pratiqué une fenêtré vésico-vaginale par excision d'un morceau de vessie de deux centimètres carrés, dans la direction du trajet de l'uretère. La fistule urétérale était cachée sous un pli de muqueuse et située au fond d'une fossette cicatricielle, sur les côtés d'une déchirure ancienne du col. On eut soin de suturer les muqueuses vésicale et vaginale sur les

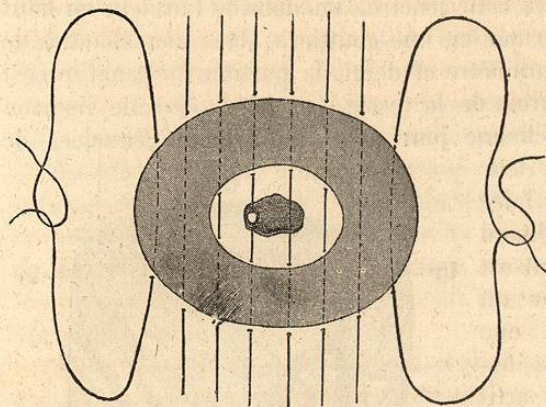


Fig. 411. — Opération de la fistule urétéro-vaginale; procédé de Schede (Schéma).

lèvres de la portion excisée, de manière à ourler l'ouverture et à l'empêcher de se rétrécir; introduction d'une sonde élastique dans l'uretère par la fenêtré artificielle; l'extrémité opposée de la sonde est introduite dans la vessie, puis attirée par l'urèthre. Après cela, avivement annulaire, en couronne, autour de la fistule, en conservant une zone de muqueuse intacte de 3 à 4 millimètres de diamètre, au voisinage immédiat de l'orifice. De la sorte, les bords de la fistule recouverts de muqueuse intacte furent, après la suture, rebroussés dans la vessie, en y formant une gouttière à l'extrémité de laquelle s'ouvrait l'uretère (fig. 411); guérison, après une série d'accidents.

C'est à un procédé d'avivement analogue qu'a eu recours par deux fois le professeur Trélat³, sans cathétérisme de l'uretère. Il ne me paraît pas, en effet, que le temps préliminaire de l'établissement d'une fenêtré vésicale et de l'introduction d'une sonde dans l'uretère soit ici absolument indispensable, comme dans le procédé de Landau.

¹ L. BANDL. *Zur Entstehung und Behandlung der Harnleiterschleimhautfisteln* (Wien. med. Woch., 1877, n° 30, p. 721 et n° 52, p. 749).

² M. SCHEDE. *Centr. f. Gyn.*, 1881, n° 23, p. 547.

³ TRÉLAT. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 25 févr. 1887, p. 117. — DESPRÈS (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1888, p. 668) a décrit, sous le nom de *suture à distance*, l'avivement que je viens d'exposer, d'après SCHEDE; il l'a appliqué, avec succès, à la cure de fistules de la trachée, de l'urèthre et à la fistule vésico-vaginale (sans que l'uretère y fût compris).

Procédé du dédoublement. — Dans un cas de fistule urétéro-vésico-vaginale (la malade avait été opérée onze fois par le procédé ordinaire), je pus assurer le diagnostic, en introduisant la sonde urétérale de Pawlik à une profondeur de 21 centimètres; l'orifice vésico-urétéro-vaginal était petit, pouvant admettre un hystéromètre seulement. Je mis en pratique le procédé de dédoublement inauguré par Gerdy, et appliqué par Blasius, Duboué, Collis, v. Herff, Walcher, etc., aux fistules vésico-vaginales ordinaires. Je crois qu'il trouve ici une indication toute spéciale, en permettant de rejeter l'orifice urétéral dans la vessie, sans crainte de le comprendre dans la suture. Voici comment je procédai¹: position genu-pectorale, incision transversale au niveau de la fistule, la dépassant de chaque côté d'un centimètre environ; une incision verticale à chaque extrémité lui donne la forme d'une II (= renversée). Dissection des bords de l'incision transversale dans une étendue d'un centimètre, de façon à obtenir deux petits lambeaux, par dédoublement de la cloison. Quand ces lambeaux sont relevés, on aperçoit au centre de la surface cruentée le petit orifice de la fistule. On attire l'un vers l'autre les deux lambeaux au-devant de cet orifice et on les affronte sans le moindre effort. Ils sont soigneusement suturés par trois points profonds au fil d'argent et trois points superficiels. Après la suture et par l'adossement de leurs faces profondes, ils forment à la place où était la fistule une petite crête saillante. Ablation des fils au huitième jour: guérison complète.

Procédé du dédoublement.

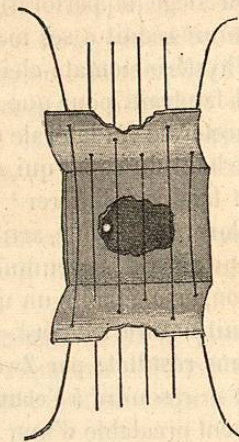


Fig. 412. — Opération de la fistule urétéro-vaginale; procédé de Pozzi (Schéma).

Ce procédé a l'avantage d'être d'une extrême simplicité; dans les cas où la fistule vésicale serait plus large et le dédoublement plus important, on ferait l'affrontement des lambeaux à l'aide de boutons sur lesquels on écraserait un grain de plomb percé, qu'on aurait fait glisser sur chaque extrémité du fil (fig. 412).

Herrgott, de Nancy², a cependant, sans le suivre complètement, mis à profit, avec succès, l'indication principale de ce procédé, en disséquant et en refoulant vers la vessie, dans l'étendue d'un centi-

¹ S. POZZI. *Fistule urétéro-vésico-vaginale guérie par la colpoplastie* (*Bull. et Soc. Mém. de chir.*, 25 févr. 1887, t. XIII, p. 114).

² HERRGOTT (de Nancy). *Un cas de fistule vésico-urétéro-vaginale avec mortification d'une portion de l'uretère gauche; opération, guérison* (*Annal. de Gyn.*, juin 1888, t. XXIX, p. 408). — Cette observation a été communiquée à l'Académie de médecine, le 22 mai 1888.

mètre, l'uretère qui venait s'aboucher sur le bord de la fistule et où l'on put introduire une petite bougie. Quand, pour une large fistule uretéro-vaginale, on est assez heureux pour s'assurer ainsi de la position exacte de l'uretère, on peut, en effet, se borner à ce dédoublement partiel portant sur la lèvre seule où il est indispensable. Mais il arrivera fréquemment, comme dans mon cas, qu'au moment même de l'opération cet orifice ne pourra plus être retrouvé, et alors il sera préférable de dédoubler tout le pourtour de la fistule¹.

Oblitération indirecte.

2° **Méthode d'oblitération indirecte.** — Cette méthode, que l'on est conduit à appliquer aux fistules uretéro-vaginales quand l'avivement direct a échoué, est la seule qui soit applicable aux fistules uretéro-cervicales (ou uretéro-utérines). Elle consiste soit à oblitérer le canal génital au-dessous de la fistule, soit à extirper le rein du côté où siège la perforation de son conduit excréteur. Le premier plan serait réduit à ses moindres inconvénients, s'il était possible de faire l'hystéro-stomato-cleisis ou oblitération du museau de tanche; mais il faudrait, pour que cette occlusion fût sans danger, que la fistule urétérale fût latérale et non terminale; or, on sait, au contraire, que le bout du canal qui se trouve entre la fistule et la vessie se rétrécit et tend à s'oblitérer². Théoriquement, on pourrait essayer de créer alors une fistule artificielle vésico-cervicale, permettant d'évacuer l'urine qui s'accumulerait dans la matrice; ou on pourrait encore songer à établir un uretère artificiel, sorte de canal latéral au conduit naturel oblitéré. L'une et l'autre de ces tentatives ont été faites, sans résultat, par Zweifel. On doit donc renoncer à l'hystéro-cleisis, et se résoudre à l'oblitération du vagin ou colpocleisis, après établissement préalable d'une communication artificielle entre ce conduit et la vessie. C'est le plan qui a été suivi par Hahn³, le premier. Il avait pris soin de border la lèvre supérieure de cette ouverture en affrontant les muqueuses, et d'en suturer la lèvre inférieure à la paroi postérieure du vagin pour assurer la béance de la communication vésico-vaginale. Mais le mari réclama plus tard la réouverture du vagin, et la fistule vésico-vaginale artificielle persista, tandis que la guérison de la fistule urétérale s'effectuait spontanément. Kehrer⁴

Colpocleisis.

¹ PARVIN (*Western Journ. of med.*, oct. 1887) a obtenu des succès par un procédé qui n'a rien de méthodique et, semble-t-il, par l'effet d'un heureux hasard. Il a d'abord pratiqué une fistule vésico-vaginale, puis, quelques jours après, avivant une très large surface du vagin, il put la renverser de façon à placer l'orifice urétéral dans la vessie.

² Il existe bien une observation de Ducloux (*Gaz. méd. de Paris*, 1869, p. 43) où l'hystéro-cleisis fut pratiqué, avec succès, après qu'on se fût assuré par l'oblitération du col avec la laminaire qu'il ne se produisait pas de symptômes urémiques et que, par suite, l'uretère communiquait encore avec la vessie. Mais le diagnostic paraît douteux, et il ne s'agissait peut-être là que d'une fistule vésico-cervicale.

³ E. HAHN. *Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 27, p. 597.

⁴ KEHRER. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 52, p. 565. — La fistule uretéro-vaginale était, dans ce

a publié une observation intéressante : il fait remarquer, très justement, qu'une incision ne suffit pas pour assurer une communication entre la vessie et le vagin; il est nécessaire d'exciser un disque d'environ deux centimètres de diamètre dans la cloison vésico-vaginale et d'en ourler les bords avec soin.

Ce n'est qu'avec la plus grande répugnance que les femmes consentent à se laisser oblitérer le vagin; il est fréquemment arrivé qu'après y avoir consenti, elles ont redemandé à revenir à leur état d'infirmité première. On comprend donc qu'on ait pratiqué la **néphrectomie**, malgré le danger qu'il y a à priver d'un de ses reins une malade qui peut être atteinte d'un certain degré méconnu de néphrite ascendante bilatérale. La première idée de l'opération revient à Simon. Zweifel¹ en 1878, puis Crédé² l'ont d'abord pratiquée; on en comptait, en 1889, au moins 11 cas, en comprenant celui de Treub³. Il est excessivement important, avant de s'y résoudre, de s'assurer de l'état du rein qui seul doit être laissé à la malade. On fera donc une analyse chimique et microscopique attentive de l'urine. Il sera préférable de pratiquer cet examen sur l'urine retirée directement de l'uretère présumé sain, à l'aide du cathétérisme de ce canal (p. 128).

Néphrectomie.

Gravité de l'opération. Accidents opératoires. Résultats. — Je n'aurai en vue, dans ce qui va suivre, que l'opération directe des fistules vésico-vaginale et uréthro-vaginale ordinaires.

Gravité de l'opération. Accidents opératoires.

On doit la considérer comme absolument bénigne; elle ne prend un peu plus de gravité que si la fistule est rapprochée du col et, par conséquent, des gros vaisseaux utérins, de l'uretère et du péritoine.

Verneuil⁴ a publié la relation des cas de sa pratique où l'opération avait été suivie de mort : il en a compté 5 sur 80 opérations. Mais il est juste de remarquer que la plupart datent de la période antérieure à l'antisepsie⁵; cette proportion serait aujourd'hui beaucoup trop

cas-là, consécutive à une opération faite sur le col de l'utérus pour l'extirpation d'un corps fibreux.

¹ ZWEIFEL. *Ein Fall von Ureteren-uterus-fistel geheilt durch die Exstirpation einer Niere* (*Arch. f. Gyn.*, 1878, Bd. XV, p. 1).

² B. CRÉDÉ. *Nephrectomie wegen Ureteren-uterus-fistel* (*Ibid.*, 1881, Bd. XVII, p. 512). — JULES BÖCKEL. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, juin 1884, p. 448. — FRITSCH, cité par HEILBRUNN. *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 1, p. 1.

³ A.-H. VAN DER WEERD (Assistant du prof. TREUB, de Leyde). *Over fistula uretero-uterina* (*Nederl. Tijdsch. v. Verlosk. en Gyn.* Haarlem, 1889, p. 161). — Voir aussi pour la bibliographie et la relation d'un cas C. D. JOSEPHSON (de Stockholm), *Hygiea*, 1887, Bd. XLIX, n° 5, p. 279 et n° 6, p. 545.

⁴ A. VERNEUIL. *De la léthalité des fistules vésico-vaginales* (*Annal. de Gyn.*, janv. 1877, t. VII, p. 1).

⁵ JOBERT DE LAMBALLE avait observé 26 morts sur 147 cas.

forte. Hegar et Kaltenbach n'ont pas perdu une seule opérée sur une série de plus de 80 cas.

Déchirure du vagin.

La déchirure de la paroi postérieure du vagin, par la pression d'une valve maniée avec brutalité, ne doit être mentionnée que parce qu'elle a été observée une fois par Courty¹; on conçoit qu'une péritonite puisse en résulter.

Hémorrhagie.

L'hémorrhagie primitive mortelle n'a également pu survenir que dans des circonstances particulièrement défavorables, quand la malade était hémophilique, par exemple; Horteloup² en a signalé un cas, dû à la blessure d'une artère utérine très développée. Ce fait est tout à fait exceptionnel; toutefois on peut être fort gêné, pendant l'opération, par l'écoulement du sang, si l'on avive sur les parois latérales du vagin où les veines sont très développées, si l'on opère trop près du moment où les eschares se sont détachées, et enfin si l'on blesse la muqueuse vésicale. La compression directe d'abord et la suture ensuite sont les meilleurs moyens de s'en rendre maître. Mais on se trouve alors dans d'assez mauvaises conditions pour que la réunion immédiate réussisse.

L'hémorrhagie secondaire a été observée du troisième au cinquième jour; alors on a presque toujours, je pense, commis une faute opératoire. Le meilleur remède est le tamponnement. Si l'hémorrhagie se faisait dans la vessie, on pourrait ne pas en être averti tout d'abord, et ce réservoir serait distendu par des caillots, avant que l'on pût y porter remède. Ceux-ci sont rendus en fragments par l'urètre et leur expulsion s'accompagne d'un ténésme très pénible; la décomposition de ce qui n'est pas évacué amène fatalement l'insuccès de la suture. Il faut faciliter leur expulsion par des irrigations vésicales fréquentes. Si la distension de la vessie était considérable, on n'hésiterait pas à dilater l'urètre et à extraire les caillots, en les fragmentant avec une curette mousse. Enfin, si l'hémorrhagie continuait, on sectionnerait la suture et l'on irait à la découverte du vaisseau, par le vagin.

Blessure de l'urètre.

La blessure, et surtout la ligature de l'urètre, s'annonce par l'apparition de douleurs lombaires, des vomissements et de la fièvre. On se hâtera d'enlever les fils suspects, car cette complication pourrait devenir grave; à la vérité, le fil finit par couper l'urètre distendu, ce qui amène spontanément une détente tardive dans les symptômes d'urémie commençante.

Péritonite.

Les complications infectieuses, phlébite, pyohémie, lymphangite, diphtérie, étaient déjà très rares autrefois, et sont maintenant tout à fait exceptionnelles. La péritonite pourrait être la conséquence de

¹ COURTY. *Traité prat. des mal. de l'utérus*. 5^e édit., 1881, p. 1406.

² HORTELOUP. *Bull. Soc. de chir.*, 5 mai 1869, p. 498.

la blessure du péritoine par l'avivement ou par les sutures, si les précautions antiseptiques ont fait défaut pendant l'opération, ou encore si une cystite ou une pyélite concomitantes amènent l'infection de la plaie.

On a observé la formation tardive de calculs et d'incrustations calcaires dans la vessie, au niveau des fils d'argent ou de soie qui y étaient tombés, en coupant les tissus. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que la presque totalité des femmes atteintes de fistule ont une urine altérée par l'inflammation symptomatique de la vessie qui s'est propagée aux bassinets et même à la substance rénale. Dans ces conditions, la formation de calculs est très favorisée. Mais comme ils sont toujours phosphatiques, très friables, on peut facilement les broyer et les évacuer par la lithotritie.

Calculs.

Les résultats que donne actuellement l'intervention chirurgicale pour les fistules sont remarquablement satisfaisants. On peut dire qu'il n'y a presque pas de cas absolument incurables par une opération directe ou indirecte: il est vrai que cette dernière substitue une difformité à une infirmité, ou encore nécessite le grave sacrifice de l'un des reins. Beaucoup d'échecs sont dus à un diagnostic incomplet. J'ai opéré, comme je l'ai dit plus haut, une femme chez laquelle on avait essayé, à onze reprises, d'oblitérer une petite fistule du cul-de-sac antérieur du vagin, sans pouvoir y arriver. Je m'assurai que cet insuccès provenait de ce que l'urètre s'ouvrait dans la fistule, et je mis en pratique le procédé d'avivement par dédoublement qui refoula l'orifice urétéral dans la vessie et amena la guérison immédiate.

Résultats.

L'incontinence d'urine persiste souvent, longtemps après la réunion d'une fistule, si bien que la femme qui continue à perdre involontairement l'urine ne veut pas croire à sa guérison. Diverses conditions anatomiques peuvent en être cause: il suffit, pour l'expliquer, de la perte de tonicité par l'effet de la désuétude du sphincter vésical et des fibres musculaires de l'urètre qui, chez la femme, jouent un grand rôle dans la rétention normale de l'urine.

Incontinence d'urine.

Divers traitements médicaux ont été mis en usage contre cette infirmité: injections de strychnine, douches chaudes, électricité, etc. Schatz a eu recours à un pessaire spécial: toute espèce de pessaires, et en particulier celui de Dumontpallier, en comprimant légèrement l'urètre, peut au moins diminuer l'incontinence. On a enfin obtenu des succès incontestables par une petite opération plastique, ayant pour effet de brider, pour ainsi dire, le canal de l'urètre, en effaçant son calibre; l'urine trouve, par suite, un certain obstacle, et ne peut s'échapper que lorsqu'elle s'est accumulée en assez grande quantité pour le surmonter. Schröder¹, dans le but d'allonger et de

¹ Voir R. MÖRCKE. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 524.