

varient notablement selon son origine. La rétention d'origine prostatique paraît susceptible de s'améliorer sous l'influence du repos, d'un traitement méthodique; mais les complications ne tardent pas à reparaitre de nouveau par suite des progrès du mal ou de l'incurie du malade. Après quelques alternatives d'amélioration et de rechute, surviendront tôt ou tard la cachexie et la mort. Fort heureusement, le pronostic paraît beaucoup moins funeste lorsque la rétention succède au rétrécissement.

Traitement. — Le traitement reste absolument subordonné à la cause de la rétention; nous avons déjà traité cette question en faisant l'histoire des rétrécissements et de l'hypertrophie de la prostate.

5° INCONTINENCE D'URINE

Bibliographie. — DUPUYTREN, *Bains froids dans l'incontinence*. Nouvelle Biblioth. méd., 1828, t. II, p. 821. — MONDIÈRE, *Presse méd.*, 1837, p. 145. — DEVERGIE, MERCIER, *Gaz. méd.*, 1840. — TROUSSEAU, *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1862. — GUYON, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1872. — THOMPSON, *The Lancet*, 1873. — ADEMOLO, *Il Morgagni*, mai 1875. — BLANCHARD, *Lyon méd.*, 1875. Thèses de Paris. — 1858, DESTOUCHES. — 1860, GAGEY. — 1864, NARDIN. — 1870, BETHUNE. — 1874, FABRE. — 1876, RECLARD, PONSIN. — 1877, DU SOUICH. — 1880, NEVEU.

« L'incontinence d'urine est l'écoulement involontaire des urines, j'ajouterai même l'écoulement inconscient d'urine » (GUYON).

Ce symptôme se rencontre dans plusieurs affections des voies urinaires. Le tableau suivant, emprunté aux *Leçons cliniques* de GUYON, donne une vue d'ensemble des diverses formes de l'incontinence.

| | | | | |
|--------------|---|---|-------------------------|-----------------------------------|
| Incontinence | Vraie | Sans lésion matérielle des voies urinaires. | Sans rétention d'urine. | Incontinence par lésion nerveuse. |
| | | | | Incontinence des enfants. |
| Fausse | Avec lésion matérielle des voies urinaires. | Avec rétention d'urine. | Sans rétention d'urine. | Incontinence mécanique. |
| | | | Avec rétention d'urine. | Incontinence des tuberculeux. |
| | | | | Incontinence des rétrécis. |
| | | | | Incontinence prostatique. |

Cette division diffère un peu de celle des classiques. Habituellement les auteurs qualifient d'*incontinence vraie* ou *par défaut d'action du sphincter*, cet état dans lequel l'urine s'échappe à mesure qu'elle est déversée dans la vessie par les uretères, et réservent le nom d'*incontinence fausse* ou *par regorgement* pour caractériser l'issue involontaire des urines hors d'une vessie pleine. D'après GUYON, au contraire, « pour qu'il y ait *incontinence vraie* il faut que le malade n'ait d'autre sensation que l'arrivée de l'urine, qu'il se trouve mouillé mais rien de plus. Le besoin ne doit pas être perçu; nombre de malades vous parlent sans hésiter d'incontinence, tandis qu'ils n'ont que des mictions impérieuses et répétées. Le besoin est subit, pressant, la volonté impuissante; à peine l'envie d'uriner s'est-elle fait sentir que déjà le liquide s'échappe du

méat et souille les vêtements. Ces malades pissent malgré eux mais ils ont été avertis qu'ils allaient pisser. C'est la *fausse incontinence* qu'il suffit de connaître au point de vue du diagnostic » (GUYON).

1° **Incontinence sans lésion matérielle des voies urinaires.** — a. *Incontinence d'origine nerveuse.* — Cette variété existe avec ou sans rétention d'urine; les paraplégiques, hémi-plégiques, quelquefois les ataxiques ou les malades atteints de fièvres graves ont des incontinenes par regorgement qui nécessitent l'emploi de la sonde à demeure.

La miction inconsciente avec vacuité du réservoir urinaire se présente dans l'hystérie et surtout dans l'épilepsie; elle constitue un symptôme sur lequel TROUSSEAU a particulièrement attiré l'attention. Les pertes involontaires d'urine ont lieu d'une façon fort irrégulière et sont accompagnées d'un réveil pénible et hébété.

b. *Incontinence nocturne des enfants. Incontinence essentielle.* — Ces pertes d'urine commencent en général vers l'âge de quatre ou cinq ans. Pendant le sommeil, l'enfant, qui jusqu'alors avait été propre, se mouille, et à partir de cet instant il recommence à pisser deux ou trois fois par nuit. Si l'on n'intervient pas les choses continuent ainsi jusqu'à l'âge de vingt ans, puis ces troubles disparaissent spontanément. Fait remarquable, ces émissions d'urine se produisent toujours durant la nuit; quelques enfants, pendant le jour, ont de la fausse incontinence et sont obligés de satisfaire leur besoin dès qu'il se fait sentir. A quoi est due cette incontinence? DESAULT invoquait l'irritabilité extrême de la vessie, GUYON, après TROUSSEAU, accuse l'atonie du sphincter urétral; quelquefois la maladie est d'origine réflexe (incontinenes symptomatiques de la présence de vers dans le rectum, d'une affection cutanée du périnée ou des organes génitaux, d'un phimosis, etc).

c. *Incontinence à forme infantile chez l'adulte.* — L'émission involontaire des urines, rare chez les adultes (GUYON n'en rapporte qu'un seul cas sans se prononcer), est assez commune dans les salles militaires: fréquemment alors il s'agit d'une maladie simulée; avec un peu de patience, on arrive presque toujours à confondre les simulateurs.

Traitement de ces diverses incontinenes. — *Médication externe.* — Les bains froids, les révulsifs sont des adjuvants fort utiles; seuls, ils sont impuissants. L'électrisation localisée a donné de bons résultats; une bougie armée d'une boule métallique est introduite dans la portion membraneuse de l'urètre, l'autre réophore est appliqué au périnée, on fait ainsi passer durant quelques instants un courant faible à intermittences très rapprochées. Ces séances ne doivent pas être prolongées au delà de cinq minutes.

Médication interne. — La noix vomique, la strychnine, la belladone, le seigle ergoté ont tour à tour été employés à l'intérieur avec des succès fort variables.

Dans les incontinenes réflexes, il suffira de faire cesser la cause du mal pour amener la guérison.

2° **Incontinence avec lésion matérielle des voies urinaires.** — a. *Incontinence sans rétention.* — L'urine traverse la vessie sans s'y arrêter toutes les fois que l'occlusion de l'urètre devient impossible. Les maladies des centres nerveux tiennent ici la première place; nous avons signalé ce symptôme chez

les sujets atteints de tuberculose urinaire arrivée à une période avancée, alors que les ulcérations ont partiellement détruit le col de la vessie; enfin si un calcul ou un fragment de calcul s'engage dans le col et le maintient béant, l'incontinence se produira mécaniquement. Les fragments de polype, de cancer peuvent, à un moment donné, agir de la même manière; malgré la diversité de ces causes, les malades de cette catégorie sont peu nombreux.

b. *Incontinence par regorgement.* — L'incontinence par regorgement, variété de beaucoup la plus commune, est presque spéciale aux prostatiques et aux rétrécis. Lorsque ces malheureux viennent réclamer les secours de l'art, l'incontinence a lieu d'une façon continue aussi bien pendant le jour que durant la nuit; mais il n'en a pas toujours été ainsi, et l'interrogatoire attentif du patient permettra d'habitude un diagnostic rétrospectif. « Chez les rétrécis elle est d'abord *diurne* et cesse par le décubitus; chez les prostatiques, au contraire, son début est toujours nocturne » (GUYON). L'exploration du canal et le toucher rectal compléteront ensuite ces renseignements.

Traitement. — Dans les divers cas que nous venons de passer en revue, les efforts du chirurgien devront être principalement dirigés contre la lésion organique dont l'incontinence est l'indice.

6° EMPOISONNEMENT URINEUX. — FIÈVRE URINEUSE

Bibliographie. — VELPEAU, *Leçons orales de clin. chir.*, t. III, p. 324, 1840. — PERRÈVE, *Traité des rétréciss. organ. de l'urètre*, 1840. — BRICHETEAU, *Des fièvres pernicieuses chez les vieillards*, 1847. — SOULÉ, *Union méd. de Bordeaux*, 1849. — VERNEUIL, *Monit. des Hôp.*, 1856. — ROUX, *Gaz. des Hôp.*, 1859. — BONNET (de Lyon), *Leçons orales citées par BRON*, in *Gaz. méd. de Lyon*, 1860. — ROSER, *Arch. f. Heilkunde.* 1867. — BELTZ, *Recueil de méd. milit.*, 1878. — GOSSSELIN, *Clinique chirurgicale*, t. II, 2^e édit., 1879. — GUYON, *Leçons clin.*, Paris, 1883. Thèses de Paris. — 1853, PERDRIGEON. — 1860, MAUVAIS. — 1861, DE SAINT-GERMAIN, MARX. — 1872, MALHERBE. — 1873, GIRARD.

Les malades atteints de lésions des voies urinaires sont exposés à toute une série d'accidents parmi lesquels la fièvre urineuse tient le premier rang, mais il faut bien savoir qu'elle constitue simplement une des formes de l'empoisonnement urinaire « qui peut en effet, même dans son expression la plus grave, être complètement apyrétique » (GUYON).

Division. — La fièvre urineuse se présente sous deux formes : aiguë et lente ou chronique; la forme aiguë, à son tour, offre deux types cliniques bien distincts, suivant la nature et la fréquence des accès. Nous étudierons donc avec GUYON : 1^o l'accès franc et intense à évolution rapide généralement unique (*type de la forme aiguë*); 2^o les accès prolongés ou répétés souvent intenses, avec ou sans rémission (*deuxième type de la forme aiguë*); 3^o la fièvre continue plus ou moins marquée, à durée indéterminée, avec ou sans accès intercurrents (*forme chronique ou lente*).

a. *Accès franc (Premier type de la forme aiguë).* — Nous trouvons ici les trois stades classiques de l'accès de fièvre des maladies palustres : frisson,

chaleur, sueur. Le frisson ne manque jamais et débute brusquement; tantôt il est à peine marqué, tantôt au contraire il s'accompagne d'anxiété, de claquement de dents, de tremblement généralisé; plus ce signe prémonitoire est marqué, plus l'accès sera grave. Peu à peu la sensation de froid diminue, le facies devient rouge, les yeux brillants, le *stade de chaleur* commence; rapidement la peau se couvre de moiteur et le troisième stade se confond pour ainsi dire avec le précédent, la sueur ruisselle parfois de toutes parts; une détente générale, un sentiment de bien-être manifeste surviendra ensuite.

Signalons un certain nombre de troubles du côté de l'appareil digestif : nausées, vomissements, une oppression qui, dans certains cas, va jusqu'à la dyspnée, enfin des irrégularités et des intermittences du pouls.

b. *Accès prolongé ou répété (Deuxième type de la forme aiguë).* — Cette deuxième variété est caractérisée par des accès à stades incomplets, sans aucune proportion les uns par rapport aux autres. Le frisson prédomine sur tous les autres symptômes, le stade de chaleur se fait attendre, le malade se réchauffe difficilement, la sueur manque totalement ou se limite à certaines parties du corps. Au lieu de retrouver ce calme que nous avons signalé à la fin de l'accès franc, le malade reste brûlant et agité. La défervescence de la température se produit lentement, les oscillations se prolongent pendant plusieurs jours avant que la courbe reprenne son aspect normal.

Les complications déjà notées du côté des divers systèmes ont un caractère de gravité beaucoup plus grand. La langue devient rouge, sèche, la salive rare, acide, la muqueuse buccale se recouvre de muguet; les vomissements fréquents ont valu à cette forme le nom de *fièvre urineuse cholériforme*. Le médecin doit surveiller la poitrine, car il survient des congestions du côté de la base des poumons; on a même observé de véritables pneumonies.

Quelques patients accusent des douleurs violentes du côté des reins; ces crises spontanées sont rares, et la douleur provoquée par la pression existerait dans un tiers ou un quart des cas seulement. L'analyse des urines ne révèle rien de spécial. Lorsque les accès de fièvre se répètent, on voit apparaître des éruptions, des indurations phlegmoneuses, circonscrites et sensibles, des douleurs vives sans gonflement ni œdème, des suppurations dans le tissu cellulaire des membres, dans l'épaisseur des muscles, dans les articulations, enfin dans la parotide.

La terminaison de la fièvre urineuse diffère dans les deux formes que nous venons d'étudier; pour la première variété la durée normale des accès varie entre vingt-quatre et quarante-huit heures, exceptionnellement les phénomènes fébriles se prolongent au delà du troisième jour. Dans le deuxième type de la forme aiguë, les accès peuvent se succéder pendant cinq, huit, quinze, vingt jours et déterminer la mort, tandis que la guérison est la règle lorsqu'on se trouve en présence d'un accès franc.

c. *Forme chronique ou lente.* — Cette forme lente de la fièvre urineuse, qui s'établit d'emblée ou succède à la forme aiguë, mériterait le nom de fruste, car bien souvent elle n'est révélée que par l'examen thermométrique. Il n'y a pas, en effet, les grandes manifestations des accès précédents, mais, comme le dit PERRÈVE, un état fébrile permanent capable de miner les constitutions les

plus robustes. Les troubles digestifs dominent la scène, l'appétit disparaît, les digestions deviennent lentes, la bouche pâteuse, le malade s'amaigrit, son faciès prend une teinte jaunâtre, les signes de l'empoisonnement s'accumulent, et cependant la température dépasse à peine la normale; quelques malades succombent même avec un abaissement de température. La terminaison de ces accidents est intimement liée aux lésions de l'appareil urinaire dont elles trahissent l'existence.

Étiologie. — La fièvre urineuse se montre de préférence dans le cours des affections chroniques de l'appareil urinaire, les accès éclatent spontanément ou sous l'influence d'une intervention chirurgicale.

Tous les sujets atteints de lésions chroniques des voies urinaires sont susceptibles, à un moment donné et sans que l'on puisse bien dire pourquoi, d'être pris d'accès de fièvre: signalons d'une manière spéciale les affections qui se compliquent de rétention d'urine; rétrécissements, hypertrophie de la prostate, cystite chronique d'origine calculeuse.

Dans la grande majorité des cas, l'accès fébrile reconnaît pour cause l'intervention chirurgicale; les plus petites opérations, le cathétérisme, les tentatives faites pour franchir un rétrécissement suffisent à provoquer la crise; la dilatation en un point rétréci, l'urétrotomie, la lithotritie comptent parmi les causes les plus actives. D'après GUYON, l'accès franc serait la conséquence de l'urétrotomie interne dans un tiers des faits.

Pathogénie. — CHASSAIGNAC attribuait la fièvre urineuse à une phlébite, REYBARD et BONNET à l'épuisement nerveux. Les auteurs se trouvent actuellement partagés entre deux théories: l'absorption urineuse et la théorie rénale. Émise pour la première fois par VELPEAU, exposée dans la thèse d'un de ses élèves, PERDRIGEON, l'absorption urineuse par un point lésé des voies urinaires a été acceptée par MAISONNEUVE, SÉDILLOT, DE SAINT-GERMAIN, RELIQUET. Cette hypothèse est parfaitement plausible lorsque la fièvre survient brusquement à la suite d'une urétrotomie interne ou d'une lithotritie dans laquelle la muqueuse vésicale ou urétrale a été déchirée, mais comment expliquer ces accès francs aigus qui succèdent à un cathétérisme bien fait, ou débutent brusquement sans cause apparente?

Dès 1856, VERNEUIL rapportait les accidents fébriles observés chez les urinaires à l'imperfection des fonctions rénales, imperfection due aux lésions de l'organe. Peu après BRON rejette complètement l'absorption de l'urine et admet exclusivement un défaut d'épuration du sang « consécutif à l'état nerveux dans lequel se trouvent les malades après le cathétérisme, état nerveux qui arrêterait les sécrétions, la sécrétion urinaire comme les autres. » Cette opinion, appuyée par les expériences de CL. BERNARD, BARESWILL, démontrant qu'après la néphrectomie la proportion d'urée augmente dans le sang des animaux, est défendue par DOLBEAU, puis par MALHERBE. D'après DOLBEAU, la fièvre urineuse est la conséquence d'une congestion momentanée des organes sécréteurs de l'urine.

Les deux théories nous semblent acceptables, et suivant les circonstances c'est l'un ou l'autre de ces mécanismes qui présidera au développement des accidents.

Traitement. — a. *Préventif.* Le chirurgien peut beaucoup pour prévenir la fièvre urineuse, si avant, pendant et après l'opération, il prend minutieusement les précautions nécessaires et agit, comme le disait CIVIALE, avec lenteur, patience et douceur.

Avant l'opération. — Le malade sera soumis durant quelques jours au repos au lit; pendant ce temps on étudiera l'état des voies urinaires, et le canal sera habitué à supporter le contact des instruments.

Pendant l'opération. — « Ménagez avec le soin le plus jaloux le degré et la durée des contacts et faites cependant tout ce que comporte l'opération » (GUYON).

Après l'opération. — Il faut veiller à ce que le malade ne se refroidisse pas, il est même fort utile de lui prescrire une boisson diaphorétique additionnée d'eau-de-vie; le décubitus dorsal sera rigoureusement exigé pendant deux jours. Les phénomènes généraux doivent être jusqu'à la guérison l'objet d'une surveillance toute particulière, une médication appropriée combattra les principales complications. Enfin la veille et le matin de l'opération on administrera une dose de 25 à 50 centigrammes de sulfate de quinine.

b. *Curatif.* — Si malgré ces précautions la fièvre se montre, il faut faciliter la sudation. On entassera sur le lit du patient couvertures de laine et édreton, des boules d'eau chaude seront disposées à ses pieds, autour de lui, puis il absorbera des boissons excitantes. GUYON insiste sur le thé additionné de 120 grammes de rhum par litre; dès le début du stade de sueur, le même auteur prescrit des paquets de 20 centigrammes de sulfate de quinine à prendre d'heure en heure jusqu'à concurrence de 1 gramme et plus. Le second type de la forme aiguë et la forme chronique ne comportent aucune médication réglée, le chirurgien se guidera sur les indications que lui fournira l'état général.

§ 2. — Fistules urinaires

On désigne sous le nom de fistule urinaire tout trajet anormal par lequel l'urine s'écoule au dehors. Ces fistules sont congénitales ou accidentelles: les premières, rares, ont été décrites avec les maladies de la région ombilicale; les secondes, très fréquentes, donnent lieu à des considérations différentes suivant le point d'origine de la fistule, et nous étudierons successivement les fistules du rein, de l'uretère, de la vessie et de l'urètre.

1^o FISTULES DU REIN

Bibliographie. — ZUINGERUS, *Misc. Acad. Nat. Curios.*, 1697-1700. — GORDON, *Med. Press.*, Dublin, 1865. — MORGAN, *Med. Press et circ.*, London, 1868. — DUMAS, *Lyon méd.*, 1874.

Thèses de Paris. — 1840, LENEPVEU. — 1856, MARQUEZY.

Les fistules du rein, peu communes, siègent d'habitude dans la région lombaire; exceptionnellement on a signalé leur présence en d'autres points. Elles

constituent un mode de terminaison des abcès du rein, particulièrement des suppurations qui accompagnent l'affection calculeuse (pyélo-néphrite calculeuse), ou sont consécutives aux plaies et déchirures de l'organe.

L'orifice extérieur de la fistule laisse suinter l'urine goutte à goutte. Lorsque le trajet a une étendue restreinte, un stylet arrive directement dans le bassin et permet parfois de reconnaître la présence de calculs.

Le traitement est entièrement subordonné à la cause qui a occasionné la lésion. Il a suffi plusieurs fois d'enlever un calcul enclos dans le rein pour voir les urines reprendre leur cours ordinaire. Dans ces dernières années, quelques chirurgiens n'ont pas craint de faire l'ablation du rein correspondant pour faire cesser un écoulement incommode. LE DENTU a présenté à l'Académie de médecine (décembre 1884) un individu auquel il avait pratiqué trois ans auparavant l'extirpation du rein gauche, pour tarir une fistule urinaire inguinale qui résultait de l'incision d'une hydronéphrose dans la fosse iliaque. Cet homme était parfaitement rétabli.

2° FISTULES DE L'URETÈRE

Ces fistules, excessivement rares, sont presque toujours le résultat de l'intervention chirurgicale sur l'abdomen; l'opérateur lèse l'uretère, et il s'établit une fistule qui conduit l'urine, soit à l'extérieur, soit dans une des cavités voisines (fistules urétéro-vaginales, fistules urétéro-utérines). Le seul moyen de traitement de cette infirmité consiste à enlever le rein. D'après BILLROTH, neuf néphrectomies ont fourni en pareille circonstance six succès et trois morts.

3° FISTULES URINAIRES DE LA VESSIE

Nous nous bornerons à décrire ici les fistules vésico-cutanées et vésico-intestinales, les fistules vésico-utérines et vésico-vaginales seront étudiées avec les maladies des organes génitaux de la femme. On a rencontré des fistules de cette nature à l'ombilic, à l'hypogastre, dans la région de l'aîne, au périnée.

A. — FISTULES VÉSICO-CUTANÉES

Bibliographie. — BRIQUET, *Gaz. des Hôp.*, 1841. — ADAMS, *Med. Times and Gaz.*, 1855. — PIORRY et NAUDOT, *Gaz. des Hôp.*, 1857. — HAWKINS, *Med. Chir. Transact.*, London, 1858. — MORGAN, *Med. Chir. Transact.*, 1865. — BLANQUINQUE, *Gaz. hebdom.*, 1870. — AGER, *Wien. med. Presse*, 1876. — BRUCHET, *Bull. de la Soc. anat.*, 1877.

Fistules vésico-ombilicales. — Les fistules vésico-ombilicales d'origine traumatique sont exceptionnelles. NÉLATON relate quelques faits de ce genre empruntés à CHOPART, LARREY, BETTE. Dans ces diverses observations, il y avait eu distension préalable du réservoir urinaire. Signalons pour mémoire la pré-

sence de fistules congénitales, dont l'histoire a été exposée à propos des maladies de l'ombilic.

Fistules vésico-hypogastriques. — Plus fréquentes que les précédentes, ces fistules sont consécutives aux lésions traumatiques ou chirurgicales de la vessie, aux abcès de voisinage. H. LARREY a rapporté à l'Académie de médecine un fait des plus bizarres : une femme portait un kyste pileux de l'ovaire qui s'ouvrit à la fois à l'hypogastre et dans la vessie; une concrétion calcaire étant tombée du kyste dans la vessie, obturait complètement l'ouverture du col, en sorte que l'urine traversait le kyste ovarique et venait ensuite s'écouler à l'hypogastre.

Fistules vésico-inguinales. — Cette variété absolument insolite a été observée dans quelques cas, elle résultait de l'ouverture par le bistouri ou les caustiques d'une cystocèle inguinale méconnue.

Fistules vésico-périnéales. — Lorsqu'un individu en tombant s'empale sur un corps pointu, il peut persister une fistule dont l'ouverture extérieure occupe la région périnéale.

Anatomie pathologique. — Comme toutes les fistules, celles-ci offrent à étudier deux orifices et un trajet. L'orifice cutané, généralement unique, est porté au sommet d'un tubercule rougeâtre, saignant au moindre contact; un trajet tantôt long et sinueux, tantôt court et direct, conduit ensuite dans la cavité vésicale, dont l'ouverture toujours unique se trouve de préférence sur la face antérieure du viscère.

Symptômes. — L'écoulement de l'urine par la fistule se fait d'une façon continue ou intermittente, suivant la hauteur à laquelle siège la perforation. L'uretère est-il obstrué, tout le liquide se trouve obligé de passer par l'orifice anormal; au contraire, dans les cas où ce canal reste perméable, une partie seulement s'échappe par la fistule. Les efforts augmentent la quantité de l'écoulement, et l'on voit même au moment de la miction de l'urine s'échapper en jet par l'uretère et le canal.

Les téguments qui entourent l'orifice cutané, irrités par le contact incessant de l'urine, présentent une couleur érysipélateuse; les malades répandent une odeur âcre et urineuse.

Diagnostic. — Seules les fistules vésicales pourraient donner le change et être confondues avec les fistules de l'uretère; mais l'écoulement se fait d'une manière continue s'il s'agit d'une fistule vésicale, il est au contraire intermittent en cas de fistule urétrale; l'injection d'un liquide coloré dans l'uretère permettrait encore de trancher la question.

Pronostic. — Les fistules de cette nature ne compromettent pas l'existence, toutefois elles constituent une infirmité gênante fort désagréable et difficile à guérir.

Traitement. — Après s'être assuré de l'intégrité du canal de l'uretère, le chirurgien introduira et fixera une sonde à demeure dans la vessie, le trajet de la fistule sera ensuite traité à la manière ordinaire (avivement ou cautérisation suivis de compression).