

Dans les fistules recto-uréthrales, on fend d'abord le sphincter. Si la fistule est encore à la période de suppuration, cette simple opération suffit souvent pour la guérir ; mais dans les fistules cicatricielles, les bords doivent être avivés et suturés. Les détails sont les mêmes que dans toutes les opérations de fistules vésico-vaginales.

§ 2. — *Fistules urinaires chez la femme.*

Variétés. — Chez la femme, les fistules urinaires peuvent affecter bien des formes diverses. L'orifice interne peut être dans l'uretère, l'orifice externe au niveau de l'abdomen, du vagin, de l'utérus ou du rectum, ce qui fait déjà quatre espèces de fistules urétrines : fistule urétrine externe, urétrino-vaginale, urétrino-utérine, urétrino-rectale. Lorsqu'il existe une communication anormale entre la vessie et le vagin, on l'appelle simplement fistule vésico-vaginale. Dans ces dernières, tout le pourtour de la perte de substance est constitué par les parois mêmes du vagin. Par contre il existe des pertes de substance dont le siège est plus élevé, et auxquelles participent les lèvres du col de l'utérus : on les appelle fistules vésico-vagino-cervicales ; elles sont dites *superficielles* quand leur bord supérieur est formé par la lèvre *intacte* du col utérin ; elles sont dites *profondes* quand cette lèvre est entamée. Si la vessie communique avec la cavité du col, on les appelle fistules vésico-utérines. Quant aux fistules *uréthrales*, il n'en existe qu'une sorte chez la femme : les fistules uréthro-vaginales.

Étiologie. — Si l'on met à part les fistules consécutives à l'infiltration des tissus par des néoplasmes, on constate que l'immense majorité des fistules sont en relation avec la grossesse, l'accouchement, ou les suites de couches ; aussi les appelle-t-on fistules urinaires *puerpérales*. Elles surviennent ou bien spontanément (déchirure de l'orifice rigide du col par la pression de la tête, altération de la paroi vésico-vaginale par la pression prolongée de la tête de l'enfant, diphtérie vaginale pendant les suites de couches, etc.) ou bien elles sont produites accidentellement par un instrument quelconque dans un accouchement difficile.

Les fistules *non puerpérales* peuvent être *spontanées* (perforation à la suite d'abcès, ulcérations produites par des calculs vésicaux), ou bien *traumatiques* (perforation par un lithothriteur, chute sur un objet pointu), etc.

Diagnostic. — D'une façon générale, le diagnostic des fistules vaginales — même des différentes formes — n'est pas difficile. Les

indications fournies par la malade suffisent déjà presque à le faire. Dans une fistule uréthro-vaginale, l'urine ne s'écoule par la fistule que périodiquement, pendant la miction. Dans les fistules urétrino-vaginales, l'urine s'écoule continuellement à leur niveau ; mais en même temps la vessie est remplie périodiquement et vidée volontairement, puisque l'uretère sain déverse son urine dans la vessie. Mais ce que nous venons de dire n'est vrai que pour les cas types, et il faut reconnaître qu'il existe de nombreuses exceptions. Par exemple dans une fistule vésico-vaginale haut située, la partie inférieure de la vessie peut contenir pendant la station debout une grande quantité d'urine qui pourra être évacuée sous l'influence de la volonté, tandis que dans le décubitus on constate un écoulement constant. Il en est de même dans les fistules vésico-utérines. Les renseignements donnés par la malade doivent donc être complétés par un examen objectif ; ce dernier seul permet d'affirmer le diagnostic.

En général, on reconnaît facilement les fistules vésico-vaginales par le toucher vaginal ; on sent l'orifice et on peut déterminer du premier coup son pourtour, sa grandeur, et l'état des tissus environnants.

Le diagnostic est déjà plus délicat quand on a constaté un écoulement goutte à goutte par le vagin, mais que l'orifice fistuleux ne peut pas être aperçu. Il peut être caché sur le côté entre les plis de la paroi antérieure du vagin ; mais il peut aussi exister une fistule vésico-utérine. Dans les cas de ce genre, on injecte dans la vessie un liquide coloré (lait, permanganate de potasse, etc.) et on voit à quel niveau de l'appareil génital ce liquide ressort. A la rigueur, on peut obturer l'orifice utérin avec un tampon d'ouate, qui dans le cas d'une fistule vésico-utérine s'opposerait à l'écoulement du liquide, mais prendrait sa coloration ; le liquide s'écoule dès qu'on enlève le tampon d'ouate. Il peut arriver que le liquide injecté dans la vessie ne ressorte nullement par les organes génitaux et que cependant on continue à voir l'urine s'écouler par le vagin. C'est qu'alors, il n'existe pas une fistule vésicale, mais une fistule urétrine ; un examen minutieux de la voûte vaginale indiquera si cette fistule s'ouvre dans le vagin ou dans l'utérus ; il faut bien que l'orifice externe de la fistule soit découvert quelque part ; sinon, on tamponne le col utérin et on attend un certain temps, puis on voit si l'urine sort par cet orifice.

Enfin, dans les cas où des tissus cicatriciels ont tellement rétréci le vagin qu'on ne peut plus y pénétrer, on dilate cette cavité, par un procédé sanglant ou non ; dans les cas les plus graves, il reste encore à dilater l'urèthre pour introduire le doigt dans la vessie.

On comprend qu'une femme atteinte de fistule urinaire ait non seulement le dégoût du monde, mais prenne l'existence en horreur ; elle