

se trouve en quelque sorte rayée de la société, et c'est ce qui fait du traitement de ces fistules un des plus beaux problèmes de la chirurgie. Toutes les fistules urinaires vaginales ne peuvent pas être guéries ; cela est exact ; mais les trois quarts sont curables, et c'est là une excellente proportion.

**Traitement.** — Les remèdes sont nombreux. Il est indiscutable qu'on peut voir survenir une guérison spontanée ; j'ai eu moi-même l'occasion d'en observer deux cas ; il est vrai que chez l'une de ces malades, on introduisait de temps en temps des cylindres dilatateurs dans le vagin afin de la préparer à l'opération.

Certains chirurgiens ont obtenu la guérison par le tamponnement du vagin, d'autres par un obturateur introduit dans la fistule ; Elsæsser a même guéri une fistule en prescrivant pendant plusieurs semaines à sa malade de se coucher sur le ventre. Aussi pourra-t-on tenter tout traitement ayant pour but d'éviter l'écoulement d'urine par la fistule. Ainsi l'évacuation de la vessie par une sonde à demeure, ou à intervalles fixes au moyen d'une sonde, le tamponnement du vagin, des cautérisations répétées de la fistule (une fois toutes les 3 semaines). Tous ces moyens devront être essayés et même continués, pour peu qu'on s'aperçoive d'une amélioration si légère qu'elle soit. Si le mal reste stationnaire, il faut se décider à une opération plastique.

Cette opération a acquis dans ces dernières années une grande extension. Déjà en 1663, Roonhüysen avait proposé d'aviver les bords de la fistule et de les suturer. En 1752, un suisse du nom de Fatio aurait obtenu une guérison par ce procédé. En 1812, Nægélé proposa à nouveau cette méthode tombée dans l'oubli, et depuis cette époque non seulement un grand nombre de procédés ont été proposés, mais aussi exécutés ; cependant ils restèrent longtemps sans succès. Ce n'est que dans ces trente dernières années que les procédés ont été tellement perfectionnés que l'on guérit aujourd'hui les cas les plus difficiles. On doit à trois hommes d'avoir singulièrement enrichi ce domaine de la chirurgie : tout d'abord à Jobert de Lamballe en France, à Gustave Simon en Allemagne, enfin à Marion Sims en Amérique. Jobert nous apprit, en attirant le col utérin dans le vagin au moyen de la pince de Museux, à amener la fistule sous la main et à l'opérer ; pour éviter la tension des bords de la plaie suturée, il introduisit dans son procédé les débridements. Sims introduisit dans la pratique le spéculum à gouttière qui permet d'opérer sur place un grand nombre de fistules sans avoir besoin d'abaisser l'utérus ; il se servait de sutures métalliques et voulait y voir une condition de succès. Simon démontra, par des critiques fort justes et des résultats frappants, que le succès ne dépendait que de l'avivement et de la réunion exacte des bords de la fistule et il fit une suture double ayant pour but de combattre la tension des tissus. Enfin il montra, par des opérations très compliquées, et qu'il exécutait chaque fois sur une partie de la perte de substance, que de larges fistules pouvaient être guéries par plusieurs opérations successives.

Dans ces vingt dernières années, le traitement de ces fistules a acquis une ex-

tension considérable par le fait que divers chirurgiens ont tenu à en perfectionner les détails. Tous les points qui entrent ici en considération — position de la malade, façon d'aborder la fistule, de l'aviver, forme et matériaux des sutures, soins consécutifs — ont été mis en pratique. Un nombre considérable de tables d'opération, de miroirs vaginaux, de dilatateurs, de crochets, de couteaux, ciseaux, aiguilles, ont été construits, si bien qu'il n'est aucune opération pour laquelle on ait inventé un matériel instrumental aussi grand ; et il existe déjà un nombre considérable de travaux discutant cette opération jusque dans ses moindres détails. Il a quelques années, deux maîtres nous offrirent un beau spectacle à Heidelberg : Simon et Bozeman engagèrent une lutte opératoire, chacun opérant un certain nombre de fistules afin de comparer les résultats.

Nous ne ferons qu'effleurer ce sujet. En ce qui concerne le *moment* auquel on doit opérer, l'expérience a montré que l'on pouvait opérer dès la sixième semaine après l'accouchement. Pour ce qui est de la position de la malade, les auteurs ne sont pas tous d'accord : Jobert opérait dans la position de la taille, Simon faisait coucher la malade sur le dos, le siège élevé ; Sims préférait que la malade fût sur le côté ; enfin Simpson et Bozeman faisaient prendre à la malade la position génu-pectorale. L'abaissement de l'utérus fut introduit par Sims et Bozeman. Pour rendre les fistules accessibles, Sims, Neugebauer, Ulrich, Bozeman et d'autres encore ont inventé des spéculums spéciaux et même des appareils de fixation, tandis que le plus grand nombre des chirurgiens se contentent d'abaisser la paroi postérieure du vagin au moyen d'une valve et d'écarter ses parois latérales avec deux écarteurs.

L'*avivement* est fait selon deux méthodes, soit en faisant en sorte que les surfaces d'accolement comprennent l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, qui sont parallèles ou convergentes du côté de la vessie (incision droite en entonnoir), ou bien à ce que les surfaces cruentées soient prises aux dépens de la surface vaginale par de larges avivements (incision plane en entonnoir).

Pour les *sutures*, Simon employait de fins fils de soie de Chine, Sims et Bozeman des sutures d'argent, Pippingskøldt un fil de fer ou de cuivre.

Simon a beaucoup simplifié le traitement post-opératoire ; il laisse la malade aller et venir, et évacuer son urine quand bon lui semble, tandis que certains chirurgiens tiennent encore à ce que l'urine soit évacuée à l'aide d'une sonde.

Il ne me paraît nécessaire de décrire avec détails qu'un seul procédé. Je choisirai celui de Bozeman, et le reproduirai tel qu'il a été décrit par Bandl qui vit opérer Bozeman à Vienne et a eu maintes fois l'occasion de reconnaître l'excellence du procédé sur ses malades. Un point essentiel du traitement de Bozeman consiste dans le traite-