

Quelques auteurs ont même conseillé, dans la phase suraiguë du début, de se contenter des émollients, grands bains prolongés, boissons délayantes. La plupart des chirurgiens sont d'accord pour préconiser aujourd'hui dès cette première phase les grandes injections antiseptiques :

4 à 6 litres de solution de sublimé à 1/10000 ou de solution de permanganate de potasse plus ou moins concentré. Dès que la sensibilité a diminué, quelques chirurgiens font un tamponnement sec du vagin avec de la gaze au salol, du salol, de la gaze iodoformée, de la poudre de tanin, etc. ; d'autres continuent les injections antiseptiques ; on s'est servi de la créoline, de l'acide phénique, du coaltar saponiné, de la résorcine, du chlorure de zinc au centième, en un mot, on a employé tous les antiseptiques, sans qu'il soit possible de considérer l'un d'eux comme un remède spécifique de la maladie. J'ai vu mon excellent ami le Dr Bar obtenir d'excellents résultats par l'isolement des surfaces à l'aide de tampons d'ouate hydrophile imbibés d'une solution de nitrate d'argent.

Lorsque la vaginite est guérie, il faut s'occuper de la métrite, ne pas négliger les soins antiseptiques, pour éviter les retours de la maladie.

Les vaginites non infectieuses cèdent facilement au traitement ; il est curieux de voir avec quelle rapidité disparaît la vaginite la plus intense, due à la présence d'un pessaire perdu dans le vagin depuis des années, dès que le chirurgien a enlevé la cause du mal.

Le traitement des formes ulcéreuses et gangreneuses nécessite une longue et attentive surveillance pour empêcher les communications anormales et les rétrécissements de se produire, ou tout au moins pour en atténuer les effets dans la mesure du possible.

CHAPITRE III

RÉTRÉCISSEMENTS DU VAGIN

Les rétrécissements du vagin sont *congénitaux* ou *acquis*.

Les *rétrécissements congénitaux* siègent plus souvent à la partie supérieure du vagin ; nous les étudierons plus loin avec les malformations des organes génitaux.

Les *rétrécissements acquis* sont *partiels* ou *totaux*.

Le *rétrécissement total* reconnaît ordinairement pour cause la vaginite chronique ; l'atrophie sénile produit une rétraction atrophique qui se rapproche des rétrécissements par inflammation chronique que nous venons de signaler.

Le *rétrécissement partiel* s'observe principalement dans la partie inférieure du vagin ; il se présente, en général, sous la forme de *brides* de formes très irrégulières résultant de la cicatrisation vicieuse d'eschares, généralement produites par un accouchement laborieux, plus rarement consécutives à l'action corrosive de liquides injectés dans le vagin, ou encore d'ulcérations inflammatoires ou spécifiques.

Le *rétrécissement partiel* reste souvent ignoré ; s'il amène de la gêne dans les fonctions génitales, si pour une cause ou une autre le chirurgien est appelé à

intervenir par la voie génitale sur l'utérus ou les annexes, le diagnostic se pose et l'indication opératoire profonde conduit à une opération préliminaire pour rétablir la voie vaginale.

La dilatation lente avec les tampons nous paraît devoir être d'abord tentée. Si elle ne réussit pas, on a recours soit à l'*incision* et au *refoulement*, soit aux méthodes autoplastiques, lambeaux empruntés à la vulve, au canal vestibulaire, aux petites lèvres, à la peau des fesses (Crédé, Chalita, Küstner, Lipinsky).

CHAPITRE IV

FISTULES DU VAGIN

On désigne sous le nom de *fistules* du vagin toute communication anormale durable de ce conduit avec les viscères creux qui l'avoisinent.

Tantôt ce sont des orifices simples *bimuqueux*, tantôt, et plus rarement, des trajets cicatriciels organisés. Les pénibles infirmités qui en sont les conséquences et les difficultés particulières de leur traitement ont fait des *fistules cicatricielles* du vagin un des chapitres les plus importants de la pathologie chirurgicale des organes génitaux de la femme.

Les *fistules congénitales* du vagin sont rares et se rattachent entièrement au chapitre des malformations des organes génito-urinaires chez la femme.

Les *fistules cicatricielles* se divisent en deux catégories bien distinctes, suivant que le vagin communique avec les organes urinaires ou avec le tube digestif : 1° *fistules urinaires* ; 2° *fistules fécales*.

I

FISTULES URINAIRES

Étiologie. — Mode de production. — Au point de vue de leur étiologie et de leur pathogénie, les fistules urinaires vaginales se divisent en quatre catégories : 1° les fistules obstétricales ; 2° les fistules chirurgicales ; 3° les fistules traumatiques ; 4° les fistules pathologiques ou spontanées.

1° Les *fistules obstétricales* sont les plus fréquentes : Dans l'immense majorité des cas, les communications anormales du vagin avec les organes urinaires sont consécutives à l'*accouchement* et surtout à un accouchement laborieux et reconnaissent pour cause, soit une pression prolongée de la tête fœtale contre le pubis, soit, beaucoup plus rarement, la manœuvre plus ou moins adroite d'un instrument et notamment du forceps.

Dans le premier cas, la fistulisation est la conséquence de l'élimination du point mortifié ; dans le second, il y a déchirure du vagin dans la manœuvre des instruments, ou bien escharification de la muqueuse par pression prolongée comme dans le premier cas. L'écoulement de l'urine, qui traduit la communi-

cation anormale, ne se produit donc pas en général immédiatement et ne se manifeste qu'au bout de quelques heures ou même d'un ou deux jours.

Si la vessie est vide, la cloison vésico-vaginale est pressée contre la symphyse, la fistule résultant de la chute de l'eschare sera *vésico-vaginale*; si la vessie est distendue, elle remonte au-dessus du bassin, c'est le col de la vessie, la partie voisine de l'urètre qui sont comprimés, on a une fistule *uréthro-cervico-vaginale*. Si la tête n'a pas encore quitté le col utérin, la fistule sera *cervico-vésicale* (Pozzi).

2° Les fistules chirurgicales sont les unes involontaires, les autres volontaires. Les fistules involontaires résultent d'une faute opératoire, d'une manœuvre brutale, d'une échappée maladroite : La déchirure de la vessie a été observée un certain nombre de fois dans l'hystérectomie vaginale au cours du décollement du péritoine de la face antérieure de l'utérus; en sectionnant la muqueuse vaginale trop haut sur le col, on peut aussi ouvrir la vessie. On a réussi parfois à suturer ces ouvertures, mais la suture ne tient pas toujours, et si la mort n'est pas la conséquence de cette faute opératoire, la fistule se trouve constituée.

Les fistules volontaires sont des tailles vésico-vaginales pratiquées pour l'extraction d'un calcul, d'un corps étranger ou pour le soulagement d'une cystite douloureuse. Les tailles vaginales ont une tendance assez marquée à s'oblitérer spontanément; mais il n'en est pas toujours ainsi : Notre collègue et ami Schwartz a opéré à plusieurs reprises, dans le service de M. Labbé, à l'hôpital Beaujon, une malade à laquelle il avait dû faire la taille pour des accidents très douloureux de cystite. A diverses reprises, six mois, un an et deux ans après l'opération, il a essayé de fermer la fistule, les accidents reparaissaient immédiatement et il a fallu y renoncer.

3° Les fistules traumatiques sont rares : Nous avons vu au chapitre des plaies de la vulve et du vagin que les parois vaginales avaient été déchirées dans des chutes à califourchon sur des objets pointus, dans des déflorations brutales. La déchirure peut s'étendre à la vessie et engendrer des fistules urinaires.

4° Les fistules spontanées ou pathologiques. — Dans une catégorie voisine, mais plus fréquente peut-être, se rangent les perforations vésico-vaginales par corps étrangers du vagin ou de la vessie, calculs vésicaux. On trouvera dans les anciens auteurs quelques faits d'ulcération par calculs (Desault, Richerand, Boyer); aujourd'hui ces faits sont devenus exceptionnels, on ne laisse plus les malades en arriver à ce degré de l'évolution des calculs.

L. Tait a vu quatre fois l'ulcération de la vessie par cystite chronique, principalement par cystite tuberculeuse, aller jusqu'à la perforation de la cloison. Schröder⁽¹⁾ aurait été également témoin de cet accident.

Les communications anormales du vagin et de la vessie, par dégénérescence cancéreuse étendue du col à la partie supérieure du vagin et à la vessie, ne méritent guère le nom de fistules.

Exceptionnellement des phlegmons péri-utérins, des hématoécèles suppurées peuvent s'ouvrir à la fois dans le vagin et dans la vessie; les fistules qui en résultent constituent une catégorie non moins spéciale et exceptionnelle.

Classification. — Suivant le segment de l'appareil urinaire qui a été détruit par la mortification, nous étudierons trois variétés principales de fistules urinaires cicatricielles du vagin : 1° des fistules vésicales; 2° des fistules urétrales; 3° des fistules uréthrales.

(1) SCHRÖDER, *Maladies des organes génitaux de la femme*, trad. franç., 1886, p. 519.

A. — FISTULES VÉSICALES

La fistule vésico-vaginale est de beaucoup la variété la plus fréquente de fistules urinaires.

Exceptionnellement la vessie s'ouvre dans le col de l'utérus, *fistule vésico-utérine*, ou bien à la fois dans le col de l'utérus et dans le vagin, *fistule vésico-utéro-vaginale*.

Anatomie pathologique. — **Siège.** — La paroi antérieure du vagin, dont les dimensions moyennes sont d'environ 10 centimètres, répond, dans ses 5 à 4 premiers centimètres, au canal de l'urètre; dans les 5 centimètres suivants, au col de la vessie et au trigone vésical, dont la hauteur est d'environ 5 centimètres; enfin, au delà, dans une étendue de 4 centimètres environ, au bas-fond de la vessie; les fistules vésico-vaginales occupent donc, soit le tiers moyen, soit le tiers supérieur de la face antérieure du vagin.

Cette distinction a une grande importance : on peut dire des fistules du tiers moyen qu'elles sont basses; des fistules du tiers supérieur qu'elles sont hautes. Les fistules basses sont facilement abordables par le vagin; parmi les fistules hautes, les unes sont encore facilement accessibles par cette voie; les autres, plus rares, ne sont pas ordinairement justiciables de la méthode vaginale et méritent une place à part : ce sont les fistules juxtacervicales, situées autour du col de l'utérus, souvent en partie bordées par le col lui-même et par conséquent très difficiles à aviver et à suturer.

De là à la fistule vésico-utérine, il n'y a qu'un pas; lorsque la mortification porte sur la lèvre antérieure du col, le bas-fond de la vessie vient s'ouvrir dans le col même de l'utérus, jamais plus haut. La fistule n'est pas toujours médiane, elle est parfois latérale et alors plus fréquente à droite (Neugebauer).

Forme. — **Dimensions.** — Rien n'est plus variable que la forme et les dimensions des fistules vésico-vaginales. Les unes sont si petites qu'on a grand'peine à les apercevoir; elles n'admettent pas l'extrémité des plus fins stylets de trousse; les autres constituent des orifices plus ou moins irréguliers, généralement, elliptiques, en forme de fentes ou d'orifices béants dont le diamètre varie depuis quelques millimètres jusqu'à 2 et 3 centimètres; enfin, dans quelques cas, la perte de substance est véritablement énorme, la cloison vésico-vaginale est détruite presque en totalité, le doigt introduit dans le vagin pénètre facilement dans la vessie : c'est ce que Deroubaix a appelé le *cloaque uro-génital*⁽¹⁾.

(1) DEROUBAIX, *Traité des fistules uro-génitales de la femme*. Bruxelles, 1870.

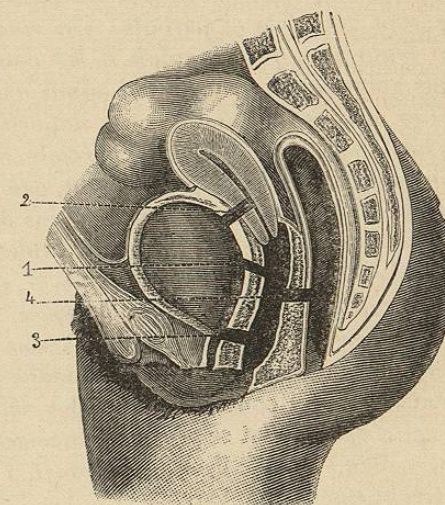


FIG. 7. — Schéma montrant les principales variétés vaginales.

1, fistule vésico-vaginale. — 2, fistule utéro-vaginale. — 3, fistule uréthro-vaginale. — 4, fistule recto-vaginale.

Direction. — Les fistules vésico-vaginales ont presque toujours un grand axe transversal ou légèrement oblique; les fistules *verticales* sont exceptionnelles.

Nombre. — Le plus souvent l'orifice fistuleux est unique, mais on a vu quelquefois des orifices multiples dus à des cloisonnements de la perte de substance.

Constitution. — Les bords des fistules vésico-vaginales sont tantôt minces, souples ou cicatriciels; tantôt épais, indurés et comme calleux. Les deux muqueuses se continuent à ce niveau l'une avec l'autre, la muqueuse vaginale généralement enroulée en dedans, en *entropion*, suivant l'expression si juste de M. le professeur Verneuil, et la muqueuse vésicale ordinairement cachée, quelquefois bourgeonnante, vascularisée, faisant hernie au centre de l'orifice fistuleux.

Lésions concomitantes. — 1° *Vagin.* — Lorsque la fistule est petite, le vagin présente peu de lésions; il est remarquable de voir avec quelle facilité ce conduit supporte généralement sans grande irritation apparente, pendant des mois et même des années, le contact incessant de l'urine.

Lorsque l'orifice est plus considérable, la réparation de l'eschare produite par la pression prolongée de la tête de l'enfant amène des déformations considérables, fort gênantes pour une intervention chirurgicale ultérieure. Ce sont: d'une part, des *adhérences* anormales du fond du vagin aux parties fibreuses voisines et jusqu'aux os de l'arcade pubienne; de l'autre, des *brides*, des *rétrécissements cicatriciels*, parfois même des *cloisonnements*, qu'on croirait artificiels, tellement ils sont complets et parfaits; j'ai vu dernièrement un cloisonnement *spontané* du vagin, qui ne présentait à ses deux extrémités que deux orifices, dont le plus volumineux n'aurait pas admis une plume d'oie.

Ces notions ont une grande importance; elles méritent d'être gravées dans l'esprit par une distinction spéciale, séparant, d'une part, les *fistules simples*, sans adhérences ni rétrécissement, des *fistules compliquées*, dont la cure chirurgicale est évidemment beaucoup plus difficile.

Les diverticules résultant des brides vaginales dont nous venons de parler favorisent la stagnation de l'urine, et, par suite, dans certains cas, la *formation de calculs* généralement *phosphatiques*.

2° *Vessie.* — La capacité de la vessie est diminuée presque toujours, d'autant plus que la fistule est plus ancienne; il n'est pas rare de voir la muqueuse s'enflammer au contact des liquides septiques fournis par le vagin et l'utérus, et cette *cystite* peut se propager en remontant à l'uretère, au bassinet et jusqu'au parenchyme rénal: Freund a trouvé l'uretère dilaté et coudé avec un notable rétrécissement intérieur.

3° *Urèthre.* — L'urèthre est parfois compris dans les masses inodulaires; on a noté des rétrécissements, des oblitérations, surtout des *déviation*s dont il importe d'être prévenu.

4° *Organes génitaux internes profonds.* — On a vu, consécutivement à des fistules vésico-vaginales, la muqueuse utérine s'infecter et l'inflammation se propager aux trompes et aux ovaires (métrite ascendante et salpingo-ovarite).

Symptômes et Diagnostic. — La fistule vésico-vaginale ou vésico-utérine n'a qu'un symptôme auquel se rattachent tous les autres, l'*écoulement involontaire et incessant de l'urine*.

Date de son apparition. — Cet écoulement se produit, dans quelques cas, presque immédiatement, plus souvent au bout de trois ou quatre jours.

Dans le premier cas, il résulte d'une déchirure de la vessie consécutive à des manœuvres laborieuses de forceps ou de tout autre instrument; dans le second, il est le résultat de l'élimination des eschares. « Ce n'est guère, dit Pozzi, que le troisième ou quatrième jour que l'eschare est assez molle pour laisser passer l'urine par une filtration d'abord insensible, puis avec une abondance croissante à mesure qu'elle se détache; on a noté parfois un retard considérable dans ce travail d'élimination, qui peut se prolonger pendant un mois (1). »

Suivant le même auteur, l'écoulement involontaire de l'urine observé dans les premiers jours serait le plus souvent une *simple incontinence* par paralysie traumatique du col de la vessie. Le fait est facile à vérifier, puisque alors l'écoulement de l'urine s'effectue par l'urèthre et non par le vagin.

Modifications apportées par les attitudes dans l'écoulement des urines. — La plupart des femmes perdent leur urine, quelle que soit leur position, debout, assise, couchée; mais il en est qui ne la perdent que dans le décubitus latéral. Verneuil en a cité un exemple. Il en est, dont la fistule est située très haut près du col, qui peuvent garder une certaine quantité d'urine dans la position debout; on en a vu d'autres qui arrivaient à retenir leur urine en serrant les cuisses. La disposition du trajet fistuleux, des brides, des cloisonnements, le niveau, la situation de la fistule permettent d'expliquer toutes ces anomalies.

La marche, le mouvement augmentent en général l'écoulement urinaire. Chez certaines malades, la pression d'une valve du spéculum suffit pour obstruer un petit trajet fistuleux, le déplacement de la vulve permet d'éviter cette erreur, l'injection de lait ou de liquide coloré est alors précieuse pour affirmer le diagnostic.

Modifications dans la composition des urines. — C'est toujours à l'inflammation vésicale qu'il faut rapporter les modifications qui surviennent dans la composition des urines: présence de muco-pus, augmentation des phosphates favorisant la production de formations calculeuses et même de véritables calculs. A la longue, les inflammations ascendantes du reste de l'appareil urinaire y prennent leur part.

Conséquences de cet écoulement. — Cet écoulement incessant de l'urine a pour conséquence: 1° d'imprégner les malheureuses femmes d'une odeur urinaire pénétrante; 2° de déterminer quelquefois dans le vagin et plus souvent à la vulve, au niveau de la fourchette, un état d'irritation et d'excoriation très pénible; 3° de provoquer, à la face interne des grandes lèvres et de la partie supérieures des cuisses, des rougeurs, des boutons, un état d'irritation, dont le passage incessant de l'urine ravive à chaque instant les sensations pénibles.

Tout cet ensemble symptomatique contribue à faire de la fistule vésico-vaginale une *infirmité* des plus pénibles, un véritable supplice, qui amène rapidement les malheureuses qui en sont atteintes à réclamer les secours de la chirurgie.

L'*état général* est peu altéré ordinairement; cependant, s'il survient des complications inflammatoires ascendantes du côté des organes génitaux ou du côté des voies urinaires, la santé générale peut s'en ressentir.

Les fistules vésico-vaginales ne sont pas un obstacle à une nouvelle fécondation et à un nouvel accouchement.

Lorsqu'on se trouve en présence du tableau symptomatique que nous venons de tracer, le *diagnostic* de la fistule vésicale est à peu près fait, mais il importe de savoir à quelle variété on a affaire, de connaître le siège, la forme, les dimen-

(1) Pozzi, *loc. cit.*, p. 900, 1^{re} édit.

sions de la fistule pour pouvoir établir ensuite les indications thérapeutiques.

Les divers modes d'exploration, usités en pareil cas, permettent presque toujours de faire ce diagnostic précis.

C'est par le *toucher vaginal* qu'il faut commencer, car on peut ainsi reconnaître de prime abord un rétrécissement cicatriciel, un cloisonnement vaginal qui auraient rendu la manœuvre du spéculum inutile ou dangereuse; la femme étant couchée sur le dos, la face palmaire de l'index explorateur se trouve naturellement tournée vers la cloison vésico-vaginale et en perçoit les défauts. J'ai pu ainsi, dans un cas très difficile, reconnaître tous les caractères d'une fistule juxta-cervicale, qu'il était impossible de diagnostiquer par un autre procédé.

Le doigt introduit dans le vagin, on sent facilement la perte de substance, pourvu que ses dimensions soient suffisantes; avec un peu d'exercice, il est possible d'apprécier la forme, les dimensions, le siège de la fistule, l'état de ses bords, leur minceur, leurs déformations, les complications de brides, de rétrécissements, d'adhérences qui rendront plus difficile le traitement chirurgical.

L'*examen au spéculum*, de préférence avec les valves mobiles, est presque toujours indispensable pour bien voir toutes les particularités que nous venons de signaler, du moins lorsque la fistule n'est pas trop complexe. Pour tirer de cet examen toutes les indications qu'il est susceptible de fournir, le chirurgien doit le pratiquer dans les positions les plus variées, dans le décubitus dorso-sacré, dans le décubitus latéral, dans la position genu-pectorale, dans la position de la taille. Dans les cas difficiles, ces explorations multiples ne sont pas toujours suffisantes: lorsque la fistule est cachée au fond d'un entonnoir cicatriciel adhérent partout au squelette pubien, quelle que soit la position donnée à la femme, quelles que soient les valves employées, les crochets abaisseurs mis en œuvre, la perte de substance se dérobe au regard.

Une exploration combinée dans diverses positions avec l'introduction d'un cathéter métallique convenablement recourbé fournit alors de précieux renseignements, soit qu'on arrive simplement à sentir, avec le bout du doigt ou un instrument quelconque, un point de la sonde introduite dans la vessie, soit que, les dimensions de la fistule étant suffisantes, sa disposition permette au cathéter ou à une bougie Beniqué convenablement recourbée de venir ressortir dans le vagin, en franchissant de dedans en dehors l'orifice fistuleux.

L'ingéniosité naturelle de chaque chirurgien lui permettra presque toujours de faire dans les cas les plus difficiles un diagnostic précis, nécessaire à une bonne intervention. En cas de cloisonnement, il faut d'abord, par une opération préliminaire, rétablir le calibre du conduit vaginal.

Lorsque la fistule est toute petite, l'examen attentif au spéculum est nécessaire; pendant que l'œil scrute avec l'attention la plus soutenue les moindres dépressions de la cloison vésico-vaginale, la main armée d'un fin stylet explore tous les points suspects, et arrive presque toujours à reconnaître l'orifice fistuleux.

Si cette exploration est restée infructueuse, le chirurgien a la ressource des *injections colorées*, soit de lait, soit d'eau boriquée rendue visible à l'aide de couleurs inoffensives, de la fuchsine à petite dose, du permanganate de potasse, du bleu d'indigo. La seule précaution à prendre est de ne se servir que de liquides antiseptiques ou rendus aseptiques par l'ébullition ou par tout autre moyen. Une sonde de caoutchouc rouge bien propre, ou un cathéter métallique introduit dans la vessie, le spéculum mis en place, pendant qu'un aide

distend la vessie avec le liquide coloré, le chirurgien inspecte avec soin le point de la cloison où va faire irruption le liquide coloré; ou bien, suivant le conseil de Pozzi, on applique sur la cloison une feuille de papier buvard, et l'on voit où se produit la tache d'humidité quand on remplit la vessie.

Les *injections colorées* sont encore d'une grande utilité pour distinguer une *fistule vésico-utérine* d'une fistule vésico-vaginale haut située, et presque imperceptible.

Dans certains cas, le col est tellement déformé, il fait tellement partie intégrante des bords de la fistule, qu'il est difficile de savoir exactement où se trouve placé l'orifice fistuleux.

Les fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines ne peuvent être confondues avec une *fistule uréthrale* ou *urétérale*.

Le diagnostic différentiel avec l'*incontinence simple d'urine* ne résiste pas non plus à un examen attentif; on n'y peut songer que dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accouchement.

Monod a signalé au 10^e Congrès de chirurgie (1896) des écoulements séreux de plus d'un litre, dus à une exhalation séreuse péritonéale ou à des plaies lymphatiques et se produisant à la suite d'hystérectomies abdominales ou vaginales. Ces hydrorrhées séreuses du 1^{er} ou du 2^e jour méritent d'être connues; l'examen du liquide recueilli permet d'établir qu'il ne s'agit pas d'urine.

Pronostic. — La guérison spontanée des fistules vésico-vaginales n'est possible que dans la période de réparation des eschares produites par la tête fœtale et dans les cas de petites pertes de substance susceptibles de se fermer par bourgeonnement de leurs bords.

Une fois constituée, la fistule vésico-vaginale est une *infirmité*, une infirmité pénible, dont les inflammations ascendantes, génitales ou urinaires assombrissent seules le pronostic. Mais, même en négligeant ces complications, la gêne est assez grande pour donner aux pauvres malades toute l'énergie nécessaire pour vouloir et supporter les interventions chirurgicales les plus longues et les plus multipliées.

Les fistules ne sont pas toutes justiciables des mêmes méthodes; elles ne sont pas toutes également curables: les fistules basses, les fistules du bas-fond de la vessie sont plus faciles à fermer que les fistules juxta-cervicales ou vésico-utérines, alors même que ces dernières sont facilement accessibles par le vagin.

Il faut encore tenir compte de l'état de rétrécissement du canal vaginal, de son altération cicatricielle, des adhérences aux os voisins.

Enfin, si certaines fistules à parois souples, bien situées, se ferment dès la première opération, d'autres, traitées avec tout le soin voulu, nécessitent 3, 4 et jusqu'à 6 ou 7 opérations consécutives pour arriver à une oblitération complète. Il est bon en pareil cas de laisser entre chaque opération un temps assez long, deux ou trois mois au moins, pour permettre aux tissus de reprendre leur souplesse et leur solidité.

Les fistules *vésico-utérines* auraient, au dire de Martin et de Schultze, une tendance marquée à la guérison spontanée.

Traitement. — *Historique.* — Il est curieux de voir que la fistule urinaire, chez la femme, n'a été décrite qu'à la fin du xvi^e siècle par Séverin Pineau.