

Depuis cette époque, son traitement a excité l'émulation des chirurgiens de tous les pays. L'histoire de ces tentatives chirurgicales comprend trois grandes périodes : Une première période d'incertitudes et de tâtonnements; une seconde période de transition, période française; une troisième période, consacrant comme méthode définitive *l'avivement et la suture*, période américaine.

*Première période.* — Dès 1665, von Roonhuysen avait conseillé de traiter les fistules urinaires de la femme par l'avivement et la suture; Christ Wœlter, chirurgien wurtembergeois, appliqua deux fois cette méthode sans succès (1679); en 1752, Fatio (de Bâle) fut peut-être plus heureux; mais les succès obtenus ensuite firent rejeter cette méthode et, jusqu'en 1850, on se borna à traiter l'infirmité soit par des appareils, soit par la cautérisation, soit par des instruments unissants, ayant la forme d'ériges.

J.-L. Petit se contentait d'un urinal appelé *trou d'enfer*; Desault et Chopart d'une sonde à demeure et d'un tampon vaginal. Dupuytren, Delpech, J. Cloquet eurent recours d'une manière méthodique à la cautérisation.

Reprise par Nœgélé, Lallemand, Deyber, Roux, Dugès, la suture fut de nouveau abandonnée.

En 1824, Lallemand essaya de réunir après cautérisation les bords de la fistule vésicale, à l'aide d'un instrument spécial, la *sonde érigne* ou sonde unissante. Si l'on doit l'en croire, ainsi que Breschet, son rapporteur à l'Académie, il aurait obtenu ainsi 7 guérisons sur 15 opérations. Son collègue, Serres (de Montpellier) a contesté ces résultats et affirmé que la statistique vraie comprenait 5 décès et pas une seule guérison.

Laugier imagina, peu après (1829), d'arriver au même résultat par le vagin à l'aide d'une *érigne double vaginale*; Récamier fit aussi construire des instruments analogues, mais déjà la chirurgie marchait dans une voie plus féconde en résultats, celle de l'autoplastie.

*Deuxième période.* — *Période française.* — Dès 1826, Jobert (de Lamballe) avait émis la pensée qu'on pourrait appliquer aux fistules vésico-vaginales une méthode analogue à la méthode d'obstruction des plaies de l'intestin par un lambeau épiploïque.

Velpeau en 1852, sous l'influence des progrès faits en France par les méthodes autoplastiques, imagina de fermer les fistules laryngiennes avec un bouchon de téguments et émit l'idée qu'on pourrait étendre cette méthode à nombre de fistules notamment à celles de l'urèthre.

Ce ne fut cependant qu'en 1854 que Jobert mit à exécution son idée première et pratiqua sa première opération d'*élytroplastie*, en obstruant la fistule à l'aide d'un lambeau emprunté soit à l'une des grandes lèvres, soit à la cuisse, soit à la fesse. La première opération, faite le 2 juin 1854, ne réussit pas; le lambeau fut sectionné au quatorzième jour et se gangrena; peu après, dans une seconde opération, le pédicule ne fut tranché qu'au trente-sixième jour et le résultat fut cette fois définitif.

Cette opération eut un grand retentissement dans le monde chirurgical et fut suivie de tentatives plus ou moins heureuses de Velpeau, de Leroy d'Étiolles, de Gerdy qui empruntaient leurs lambeaux soit à la paroi postérieure, soit aux parois latérales du vagin lui-même.

En même temps et même un peu avant ces tentatives, dès 1852, Vidal de Cassis imaginait de fermer la vulve et de transformer le vagin en une cavité complémentaire de la vessie; treize ans plus tard, Aug. Bérard essayait aussi de

fermer le vagin. Les résultats obtenus pendant les premières semaines ne purent être maintenus et cette opération si ingénieuse, heureusement restée dans la pratique, tomba momentanément dans l'oubli.

Toutes les tentatives autoplastiques que nous citons plus haut n'avaient cependant pas réussi; pour peu que la perte de substance fût un peu considérable, ses bords étaient difficiles à rapprocher; Jobert résolut alors de rendre les tissus mobiles à l'aide d'incisions libératrices et de décollement, voire même de désinsertion du vagin. Le 9 juin 1845, il appliqua pour la première fois sa méthode de *cystoplastie par glissement* et eut la satisfaction de guérir complètement sa malade qu'il avait vainement opérée dix-huit mois auparavant à l'aide de l'*élytroplastie*. En 1849, il avait obtenu, sur 18 opérations, 15 guérisons complètes, 1 guérison incomplète, 1 insuccès et 2 morts.

*Troisième période.* — *Période américaine.* — On en était resté en France aux succès de Jobert (de Lamballe), lorsqu'en 1858, un jeune chirurgien américain, Bozeman (de Montgomery), vint appliquer et faire connaître en France les résultats obtenus depuis plusieurs années en Amérique par *l'avivement direct* et la *suture*.

Le premier succès, publié aux États-Unis, remonte en effet à 1859 et appartient à Hayward (de Boston). Depuis cette époque, Marion Sims en avait fait une véritable méthode, perfectionné l'instrumentation et les temps opératoires, au point que rien, pour ainsi dire, n'a été changé depuis cette époque.

Les résultats étaient déjà connus en Angleterre, où Baker-Brown et Simpson obtenaient à Londres et à Édimbourg de très beaux succès, lorsque Bozeman vint en France. Son opération eut un retentissement énorme; Follin et Verneuil en furent les vulgarisateurs les plus ardents et en obtinrent de magnifiques succès.

En même temps, en Allemagne, Simon de Rostock perfectionnait encore la méthode et montrait à nouveau les bons résultats fournis dans les cas difficiles par *l'occlusion du vagin* ou *colpocléisis*.

*Indications et contre-indications opératoires.* — Hegar et Kaltenbach conseillent de ne pas opérer les fistules vésico-vaginales avant la sixième semaine après l'accouchement. Le moment le plus favorable serait entre la sixième et la huitième semaine. Cette règle est encore vraie de nos jours, à moins d'avoir à traiter une petite fistule insignifiante et facile à fermer par un ou deux points de suture.

Semblablement, lorsqu'une opération première a échoué, il est bon de laisser s'écouler au moins deux ou trois mois avant d'en tenter une seconde dans de bonnes conditions.

Un mauvais état général, une grossesse en voie d'évolution sont les seules contre-indications opératoires.

On choisira de préférence les jours qui suivent immédiatement les règles.

*Choix de la méthode.* — Toutes les fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines ne sont pas justiciables des mêmes procédés opératoires :

Dans l'immense majorité des cas, l'oblitération directe de la fistule est possible par le vagin; si la fistule n'est pas trop profondément située, le vagin large, facile à déplier, si ses parois sont souples et la manœuvre des instruments commode; la *méthode vaginale est l'opération de choix*. Dans les cas difficiles, notre collègue Chaput a proposé de faciliter l'opération en pratiquant de larges débridements vulvaires. Combinée à l'incision vaginale et exécutée des deux côtés, cette méthode permet d'aborder beaucoup plus facilement le fond du



vagin comme je l'ai montré dans ma communication sur l'emploi de la voie ischio-rectale (6<sup>e</sup> Congrès de chirurgie).

Mais il est des cas où cette opération est impossible ou forcément toujours imparfaite : ce sont les fistules haut situées, au niveau même du col de l'utérus ou autour de lui; ce sont encore les fistules profondément cachées derrière une série de cicatrices et au fond d'un vagin rétréci qui ne permet pas la manœuvre des instruments. Quelles que soient la patience des malades, la persévérance et l'habileté manuelle des chirurgiens, la fistule résiste à toutes les tentatives, et l'on n'a rien trouvé de mieux que de tourner l'obstacle en pratiquant l'occlusion de la vulve ou du vagin qui supprime l'écoulement continu de l'urine en transformant la cavité vaginale en un réservoir complémentaire du réservoir vésical.

Cette opération indirecte imaginée par Vidal de Cassis en 1852, pratiquée en 1845, avec une petite modification, par A. Bérard, a été remise en honneur par Simon de Rostock en 1862. Vidal de Cassis avait pratiqué l'oblitération de la vulve ou *épisiorrhaphie*; Simon montra les avantages de l'oblitération du vagin ou *colpocleisis*.

Cette méthode, la seule possible dans certains cas, n'est pas sans inconvénients : indépendamment de l'obstacle apporté à la fécondation et même aux relations conjugales qui ne sont possibles que dans les cas exceptionnels où l'oblitération a pu être faite très haut, il faut craindre les infections ascendantes de l'appareil urinaire et de l'appareil génital.

Aussi croyons-nous que l'occlusion du vagin ne doit être pratiquée que dans les cas où l'oblitération de la fistule ne peut être obtenue par aucun autre procédé.

C'est précisément cette limite que je crois encore avoir reculée, en proposant au 6<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie la *voie ischio-rectale* avec fenêtre vaginale latérale ou, mieux peut-être, avec une incision latérale de la grande lèvre et de tout le vagin. J'ai montré dans cette communication le jour vraiment étonnant que donne sur le col et la région voisine la boutonnière vaginale pratiquée au fond d'une incision ischio-rectale, analogue à la *périnéotomie verticale*, préconisée par Hégar et Sängér pour l'ouverture des abcès pelviens (1).

On arrive par cette voie détournée à mettre en lumière des fistules juxta-cervicales, adhérentes aux os, entourées de tissus cicatriciels, et, si ces adhérences ne sont pas trop considérables, à les réparer par l'avivement et la suture. Dans les cas où cette opération sera impuissante, on aura encore la ressource de la *suture vésicale directe* par la *voie hypogastrique* (Trendelenburg, Baumm, Mac Gill, Pousson, Emmet, Duplay).

L'occlusion vaginale sera réservée aux cas désespérés où toutes les tentatives auront été infructueuses ou seront absolument impossibles.

I. VOIE VAGINALE. — La réunion primitive, immédiate, est la méthode de choix, elle comprend les temps suivants :

1<sup>o</sup> Préparation de la malade; 2<sup>o</sup> mise en position; 3<sup>o</sup> avivement; 4<sup>o</sup> suture.

PROCÉDÉ AMÉRICAIN. — *Préparation de la malade*. — Bozeman a eu le mérite de montrer tous les avantages qu'on pouvait retirer d'une préparation éloignée de la malade au traitement qu'elle doit subir : dilatation préalable progressive ou extemporanée, section des brides cicatricielles gênantes, excision des masses inodulaires trop considérables.

(1) P. MICHAUX, 6<sup>e</sup> Congrès français de chir., séance du samedi soir.

Il convient d'y ajouter de grands soins de propreté, pour calmer l'irritation du vagin et des parties voisines; les antiseptiques appropriés à l'urine, salol, borate de soude seront prescrits à l'intérieur, et l'on pourra, les jours précédents, faire, avec de la gaze iodoformée ou salolée, un tamponnement du vagin; la vulve sera rasée avec soin; toutes les précautions de propreté seront prises.

2<sup>o</sup> *Position de la malade*. — La position de choix dans la majorité des fistules vésico-vaginales, est le décubitus latéral en semi-pronation, dite encore *position de Sims*; certaines fistules basses sont faciles à aviver dans la position dorso-sacrée; enfin les fistules hautes nécessitent souvent la position genu-pectorale; quand les malades sont courageuses et qu'on peut se passer de chloroforme, cette position est très commode pour le chirurgien; quand il faut donner du chloroforme, la surveillance est très difficile et il faut des sièges spéciaux — table de Bozemann — appareil Neugebauer.

Toutes les fois que la chloroformisation est possible, sans difficultés, elle donne tant de tranquillité à l'opérateur qu'il faut y recourir; mais si la fistule est basse, petite, facile à aviver, on se trouvera bien d'opérer sans chloroforme, en se contentant de badigeonnages de cocaïne. L'opération est faite avantageusement sous l'irrigation continue à l'eau stérilisée tiède, ou avec une solution de sublimé très étendue. Des valves dépriment la paroi postérieure, au besoin les parties latérales, et, si cela est nécessaire, on fixe le col avec des pinces à abaisser l'utérus.

3<sup>o</sup> *Avivement de la fistule*. — Avec une pince à griffe on saisit les bords de la fistule, et plongeant le bistouri à 6 ou 8 millimètres des bords, on le fait ressortir au niveau de l'union de la muqueuse du vagin et de la muqueuse vésicale, qu'on respecte autant que possible. On taille ainsi tout autour de la fistule une collerette de la muqueuse vaginale : c'est le procédé américain.

La méthode de Simon s'occupe moins de ménager la fistule vésicale; elle crée un avivement moins oblique par ablation de toutes les parties cicatricielles.

Au besoin on décolle et on libère quelque peu la surface avivée, soit par la dissection, soit à l'aide d'incisions libératrices. On se sert aussi quelquefois des ciseaux droits ou courbes; ils sont généralement moins commodes et moins avantageux que les bistouris.

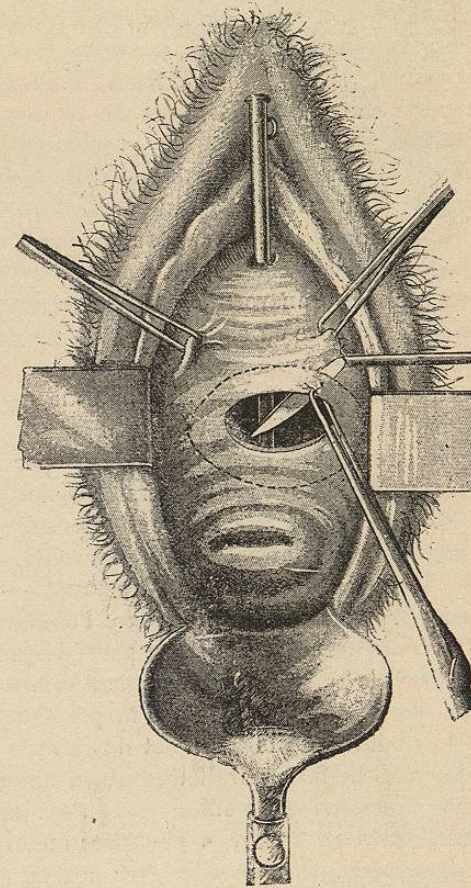


FIG. 8. — Avivement de la fistule vésico-vaginale.



4° *Suture.* — Les bords de la fistule convenablement avivés, on les rapproche dans le sens où cela est le plus facile, soit avec des fils d'argent séparés, soit avec des fils de soie, soit avec des catguts convenablement préparés. Les fils d'argent sont tordus à l'aide d'instruments spéciaux ou arrêtés avec des tubes de plomb, tubes de Galli. Les fils de soie sont simplement noués. Il est bon de laisser les fils un peu longs pour pouvoir les retirer facilement.

Cela fait, on place dans la vessie une sonde en caoutchouc rouge ou la sonde sigmoïde métallique de Sims, qu'on laisse en place pendant quarante-huit heures, puis on pratique des cathétérismes répétés; il faut savoir que certaines malades ne peuvent pas supporter la sonde à demeure.

Le vagin est ensuite lavé avec une solution de sublimé à 1/2000 et bourré de gaze iodoformée. Les fils sont enlevés au bout de huit jours environ.

*Procédé du dédoublement.* — En 1864, Duboué, de Pau, a décrit, à la Société de chirurgie, un procédé basé sur le dédoublement de la cloison vésico-vaginale et sur la suture isolée de la vessie et du vagin. Ce procédé a été appliqué à l'étranger, par Sænger, Fritsch, Mackenrodt, Ziemacki. Ricard l'a remis en honneur chez nous (Congrès de chirurgie, 1896), il en a obtenu d'excellents résultats.

Voici les temps principaux de cette opération, tels qu'ils ont été indiqués par Ricard : 1° abaissement aussi complet que possible de la fistule (très important); 2° séparation de la muqueuse vaginale et de la muqueuse vésicale dans une étendue de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres. Cette séparation est facilitée par deux sections transversales de la muqueuse vaginale qui transforment le décollement circulaire en un décollement successif de deux lèvres, une supérieure et une inférieure; 3° la muqueuse vésicale est abandonnée à elle-même (Ricard); d'autres auteurs ont essayé de la fermer par des sutures non pénétrantes. Suture soignée de la muqueuse vaginale.

L'écoulement de l'urine est assuré par une sonde de Pezzer à demeure dans la vessie. On enlève les fils vers le dixième ou douzième jour. Legueu conseille de changer 2 ou 3 fois dans cet intervalle la sonde de Pezzer dont le fonctionnement doit être attentivement surveillé.

II. *VOIE ISCHIO-RECTALE* (P. Michaux). — Dans les cas limités dont nous avons donné plus haut les indications, l'oblitération des fistules par la voie ischio-rectale sera exécutée d'après le procédé que nous avons recommandé au Congrès de chirurgie<sup>(1)</sup>, en voici brièvement résumés les temps principaux :

La femme est couchée dans la position de Sims; l'opérateur s'assure encore de la proximité de la fistule et des doigts déprimant les parties molles ischio-rectales. Cela fait, parallèlement au sillon interfessier et à un gros travers de pouce au-dessus de ce sillon, conduisez une incision de 10 centimètres environ, commençant en arrière à peu près au niveau de l'anus et finissant en avant au croisement de la grande lèvre correspondante et de l'arcade osseuse ischio-pubienne.

Cette incision vous conduit dans la graisse ischio-rectale, facile à décoller, et ne rencontre que des vaisseaux et nerfs hémorroïdaux inférieurs, encore sont-ils situés en arrière et faciles à ménager.

La graisse refoulée, vous avez sous les yeux, au fond de l'incision, la partie supérieure de la face latérale du vagin, recouverte supérieurement par les fibres antéro-postérieures du releveur de l'anus.

(1) P. MICHAUX, Congrès français de chir., 1892.

Le doigt introduit dans le vagin n'est plus séparé que par la paroi vaginale du doigt introduit dans la plaie; vous déterminez facilement le milieu de la face latérale du vagin et vous procédez à l'incision de cette paroi par ponction au bistouri, à 3 à 4 centimètres au-dessous du col. Vous agrandissez ensuite au ciseau dans l'étendue nécessaire, et, au besoin, vous incisez toute la face latérale du vagin y compris la grande lèvre.

De longues pinces hémostatiques maintiennent béants les volets de cette *fenêtre vaginale* et vous avez sous les yeux la région juxta-cervicale et même toute la cloison vésico-vaginale; la fistule est devenue accessible. On l'avive et on la suture comme dans l'opération ordinaire; puis on referme la boutonnière vaginale par une suture en surjet au catgut ou à la soie et l'incision ischio-rectale par des sutures superficielles ou profondes à la soie ou au crin de Florence, avec ou sans drainage.

III. *VOIE SUS-PUBIENNE TRANSVÉSICALE.* — Trendelenburg est le premier qui eut l'idée de fermer par la vessie et la voie sus-pubienne ou hypogastrique des fistules inabordables par la voie vaginale. Il pratiqua cette opération 3 fois; elle a été faite encore par Léopold, Mac Gille, et en France par Pousson et Duplay. J'ai eu également une fois l'occasion de recourir à cette méthode dans le service de M. Léon Labbé, à l'hôpital Beaujon.

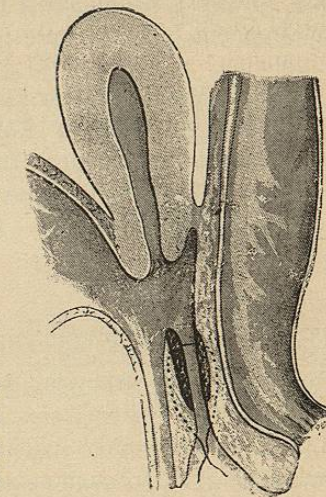


FIG. 9. — Colpocleisis (coupe schématique).

Les quatre temps de l'opération sont : 1° incision de la paroi abdominale et ouverture de la vessie; 2° avivement de la fistule vésicale et dédoublement vésico-vaginal des lèvres de l'orifice; ce temps est rendu plus facile par le soulèvement de la fistule qu'exécute le doigt d'un aide introduit dans le vagin; 3° suture séparée de la vessie avec du catgut, et du vagin avec des fils d'argent ou de soie fine; 4° fermeture complète et totale de la vessie.

Dans les cas difficiles, seuls en cause ici, la voie transvésicale est une ressource précieuse; elle a donné environ 1 succès sur 2.

*Résultats généraux des opérations de suture.* — Les résultats de la suture des fistules vésico-vaginales sont satisfaisants, mais il faut bien savoir que dans bon nombre de cas, malgré toutes les précautions prises, le résultat définitif n'est obtenu qu'au prix de plusieurs opérations. Il persiste souvent une petite fistulette qui laisse encore échapper beaucoup d'urine. Les complications opératoires sont rares: signalons la ligature de l'uretère dans les fistules hautes et la blessure du péritoine.

IV. *MÉTHODE INDIRECTE. — Méthode de l'occlusion vaginale ou colpocleisis.* — On avive circulairement le vagin en taillant une bandelette de 2 centimètres de large; cet avivement sera fait autant que possible très haut, il faut seulement avoir soin de n'aviver que des parties bien souples et bien vasculaires, puis on rapproche les surfaces cruentées à l'aide de fils engagés d'abord de bas en haut sous une des lèvres, puis de haut en bas sur la lèvre du côté opposé; lorsque le premier fil est placé, la besogne devient plus facile.

Lorsque l'occlusion du vagin n'est pas possible et qu'il faut faire l'occlusion de



la vulve ou épisiorrhaphie, il faut apporter grand soin dans l'avivement et la suture de la partie antérieure qui tient difficilement.

Dans quelques cas exceptionnels où il y a simultanément incontinence d'urine, on a confié au sphincter rectal le soin de contenir les urines et l'on a créé une fistule recto-vésico-vaginale. Cette *oblitération rectale de la vulve* (Maisonneuve Rose) a des indications tout à fait exceptionnelles; elle nous paraît peu recommandable.

Les *fistules vésico-utérines* ou mieux intracervicales guérissent quelquefois spontanément ou par cautérisation après dilatation préalable du col (Martin, Neugebauer). On est arrivé à les aviver et à les suturer directement: Emmet, Kaltenbach, Martin, Müller, Schröder, Sânger et d'autres encore ont obtenu des succès par cette méthode. Follet, Wolfer, Chanempys ont fait la cystoplastie. Enfin, dans les cas trop difficiles, on a employé comme ressource dernière l'occlusion de l'utérus ou *hystérocleisis*, opération tout à fait analogue à la colpo-cleisis ou à l'épisiorrhaphie.

#### B. — FISTULES URÉTÉRALES

On connaît des exemples de *fistules urétéro-vaginales* et de *fistules urétéro-utérines* ou urétéro-cervicales.

A. Les *fistules urétéro-vaginales* pures étaient très rares; elles s'observent aujourd'hui plus fréquemment à la suite de l'hystérectomie vaginale; ce que l'on rencontre plus souvent, ce sont des *fistules urétéro-vésico-vaginales*, la vessie étant ouverte au niveau de l'abouchement de l'uretère ou au niveau de son trajet intravésical. Tuffier a publié, dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* de 1895, une étude intéressante basée sur 40 observations.

On distingue des *fistules congénitales* et des *fistules acquises*.

Les *fistules congénitales* seraient les plus fréquentes, 28 cas sur 58 au dire de Feuger, proportion certainement exagérée.

Les *fistules acquises* reconnaissent pour cause le pincement de l'uretère dans l'hystérectomie vaginale, 5 fois sur 10, plus rarement l'ouverture d'un abcès pelvien, ou une faute opératoire dans l'avivement d'une fistule vésico-vaginale haute, plus rarement encore l'escharre résulte de l'application prolongée d'un pessaire appuyant sur la région de la vessie où vient s'ouvrir l'uretère.

La *fistule urétéro-vaginale* siège en général sur les côtés du vagin, à 1 ou 2 centimètres au-dessous du museau de tanche, au niveau d'un des angles latéraux du triangle décrit par Pawlick. Elle est excessivement difficile à guérir; son orifice est généralement petit quand la fistule est urétéro-vaginale pure.

Le cathétérisme de l'uretère, suivant la méthode de Pawlick, permettra de reconnaître si la sonde spéciale s'engage bien dans l'uretère où elle pénètre à une grande profondeur, ou bien si elle a dévié dans la vessie où rien ne la maintient et où elle est vite arrêtée.

Dans une communication à la Société allemande de gynécologie, Schatz, de Rostock, a signalé, dans deux cas de fistule urétéro-vaginale, une modification curieuse des urines: l'urine vésicale était plus concentrée que l'urine vaginale; sa densité dans un cas était de 1024 au lieu de 1012; chez l'autre malade elle était de 1050 pour l'urine vésicale, contre 1005, pour l'urine vaginale.

Schatz pense que l'urine vésicale est une urine infectée et y voit un motif de

plus pour hâter l'intervention. Ces faits demandent à être vérifiés par de nouvelles recherches<sup>(1)</sup>.

**Anatomie pathologique.** — Les fistules obstétricales sont presque toujours urétéro-vésico-vaginales; l'uretère est lésé très près de la vessie.

Dans les fistules opératoires: 1° l'uretère est lésé très loin de la vessie. 2° l'uretère est plus ou moins rétréci; ce rétrécissement constitue un danger pour le rein; 3° au-dessus du rétrécissement, l'uretère est dilaté, le rein hydronéphrosé; cette dilatation est septique ou aseptique: de là autant de conséquences variables.

B. Les fistules *urétéro-utérines* sont rares; Hegar et Kaltenbach n'en ont réuni que 9 cas; j'en ai observé un en 1882 dans le service de mon excellent maître le professeur Duplay, à l'hôpital Lariboisière, alors que j'avais l'honneur d'être son interne.

La fistule urétéro-utérine siège toujours dans la partie cervicale du col, à 1 ou 2 centimètres de l'orifice du museau de tanche, et plus souvent à gauche.

Bérard en a tracé de main de maître le tableau symptomatique: 1° l'urine s'échappait continuellement par le col utérin, alors même que la vessie était vidée; 2° cette urine était beaucoup plus limpide que celle contenue dans la vessie; 3° la quantité d'urine échappée du vagin pendant deux heures était égale à celle qui s'était accumulée dans le même temps dans la vessie; 4° en pratiquant des injections colorées dans la vessie, l'urine qui s'échappe de la fistule reste limpide; 5° une sonde introduite dans l'utérus et une autre introduite dans la vessie ne peuvent être mises en contact.

Tous ces signes étaient réunis chez la malade que nous avons observée, mais elle n'a pas voulu accepter l'opération qui lui était proposée.

**Diagnostic.** — L'examen au spéculum permet en général d'établir si l'urine s'écoule par l'utérus ou par le vagin.

Si elle s'écoule par l'utérus, et qu'elle ne soit pas colorée après l'injection intravésicale de liquide coloré, il s'agit bien d'une fistule *urétéro-cervicale*. Si l'urine sort colorée, la fistule est vésico-cervicale.

Le diagnostic est beaucoup plus difficile dans les cas où l'urine s'écoule par le vagin, ou au fond d'une cicatrice vaginale après une hystérectomie. Un écoulement intermittent, comme par une sorte d'éjaculation, constitue une présomption en faveur d'une *fistule urétérale*; le cathétérisme du trajet apporte aussi parfois un document précieux, mais les causes d'erreurs sont nombreuses et le diagnostic reste parfois en suspens.

(1) *Mercure méd.*, 12 août 1891.

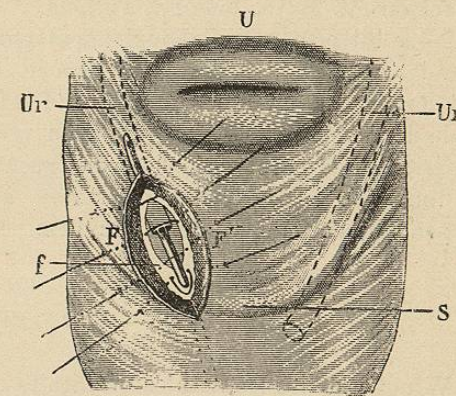


FIG. 10. — Opération de la fistule urétéro-vaginale, procédé de Landau.

U, col utérin. — Ur, trajet de l'uretère. — S, pli du vagin correspondant au ligament interurétéral. — FF, fenêtre vésico-vaginale au fond de laquelle on aperçoit la sonde introduite dans l'uretère.