

Longtemps les chirurgiens reculèrent devant une opération aussi difficile que celle des fistules vésico-vaginales; et l'on s'explique facile-

works, p. 232; *Clinical lectures on diseases of women*, 1863, p. 21, 40; *Edinburgh medical Journal*, et *Montpellier médical*, 1863, t. XX, n° 6, p. 563 et *Clinique obstétricale et gynécologique*, trad. par Chantreuil. Paris, 1871. — Gr. Simon, *Ueber de Heilung der Blasenscheidenfisteln*, etc. Giessen, 1854; *Monatsschr. für Geburtskunde*, juillet 1858; *Ueber die Operation der Blasenscheidenfisteln*, 1862. — Bozeman (W.), *Remarks on vesico vaginal fistule*, 1856, p. 10. — Baker Brown, *Medical Times and Gazette*, 17 avril 1858, p. 393; *Statistique d'opérations de fistules vésico-vaginales* (*The Lancet*, 23 mars 1863, et *Gazette hebdomadaire*, t. X, p. 277; *On some diseases of women*, 1856; *Surgical diseases of women*. London, 1861, p. 112, 174). — Esmarck (de Kiel), *Deutsche Klinik*, 3 juillet, n° 27, p. 264. — Marion Sims, *Anniversary discourse before the New-York Academy of medicine*, 1858, p. 31; *American Journal of the medical Science*, janvier 1859, p. 59; *Exposition de sa méthode opératoire de la fistule vésico-vaginale* (*Gazette heb.*, t. VIII, p. 747). — T. Riboli (de Turin), *Nouvel instrument pour la suture de la fistule vésico-vaginale ou utéro-vésico-vaginale* (*Gazette heb.*, 1859, t. VI, p. 630, et *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 26 septembre 1859; *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXXIII, p. 1176). — Verneuil, *Note sur deux fistules vésico-vaginales opérées et guéries par le procédé américain, suivie de quelques remarques sur ce procédé, avec observations détaillées à l'appui* (*Gaz. heb.*, 1860, t. VII, p. 842, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1860, t. XXVI, p. 173); *Des perfectionnements apportés à l'opération de la fistule vésico-vaginale par la chirurgie américaine* (*Gazette hebdomadaire*, janvier, février, 1859, et *Nouvelles observations suivies de remarques sur les procédés américains* (*Archives de Médecine*, 5^e série, t. XIX, p. 48, 297. Paris, 1862); *Communication sur trois opérations de fistules vésico-vaginales par le procédé américain* (*Société de chirurgie*, séance du 17 juillet 1861; *Gazette hebdomadaire*, t. VIII, p. 467); *Guérison spontanée d'une fistule vésico-vaginale* (*Société de chirurgie*, séance du 8 juillet 1863; *Gazette hebdomadaire*, t. X, p. 611). — Andrade, *E-sai sur le traitement des fistules vésico-vaginales par le traitement américain, modifié par Bozeman*, thèse inaugurale, Paris, 1860. — A. Dechambre, *Suture de la fistule vésico-vaginale* (*Gazette hebdomadaire*, 1860, t. VII, p. 6). — Follin, *Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour la guérison des fistules vésico-vaginales, revue critique* (*Archives générales de Médecine*, 5^e série, t. XV, p. 457, 584. Paris, 1860). — J. Naudin, *Imperforationi du rectum avec fistule recto-vaginale* (*Journal de médecine de Toulouse*, 1860, n° 5). — Foucher, *Communications sur trois opérations de fistules vésico-vaginales par le procédé américain*, *Société de chirurgie*, séance du 24 juillet 1861 (*Gazette hebdomadaire*, t. VIII, p. 483). — Chassaignac, *Opération de fistule vésico-vaginale*, *Société de chirurgie*, séance du 1^{er} octobre 1861 (*Gazette hebdomadaire*, t. VIII, p. 643); *Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales*. Paris, 1862, t. II, p. 915. — Morel-Lavallée, *Opération d'une fistule vésico-vaginale par le procédé américain*, *Société de chirurgie*, séance du 26 février 1862 (*Gazette hebdomadaire*, t. IX, p. 173). — Dolbeau, *Guérison par la cautérisation avec le nitrate d'argent d'une fistule vésico-utéro-vaginale*, *Société de chirurgie*, séance du 24 septembre 1862 (*Gazette hebdomadaire*, t. IX, p. 684). — Deroubaix, *Considérations sur l'opération de la fistule vésico-vaginale* (*Bulletins de l'Académie de médecine de Belgique*. Bruxelles, 1862, 2^e série, t. V, n° 1); *Observations cliniques et critiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine* (*Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique*. Bruxelles, 1863); *Traité des fistules uro-génitales de la femme*. Paris, 1870. Nous devons à l'obligeance de M. Deroubaix communication des figures représentant l'appareil instrumental de M. Marion Sims. — Bouisson, *Opération de la fistule vésico-vaginale en Angleterre* (*Gazette hebdomadaire*, 1863, t. X, p. 519). — Robert Barnes, *British medical Journal*, 5 décembre 1863, p. 275. — Monteros, *Essai sur le traitement des fistules génito-urinaires chez la femme*, thèse inaugurale. Paris, 1864. — J. R. da Costa Duarte, *Des fistules génito-urinaires chez la femme*. Paris, 1865, in-8. — Deroubaix, *Traité des fistules uro-génitales de la femme, comprenant les fistules vésico-vaginales, vésicales, cervico-vaginales, urétéro-vaginales et urétérales, cervico-utérines*. Bruxelles, 1870, 1 vol. in-8 avec fig. — Monsigny (H.), *Sur un cas d'oblitération artificielle du*

ment leurs craintes en songeant à l'absence de spéculum, au peu de perfection des instruments qui ne permettait même pas l'examen complet des parties malades. Aussi faut-il arriver jusqu'au XIX^e siècle pour voir instituer des opérations destinées à réparer les lésions de la vessie, tandis que jusque-là on n'avait opposé à cette terrible infirmité que des moyens palliatifs.

§ I. — Définition. — Divisions.

Il ne faut pas croire que sous le nom de *fistules vésico-vaginales* ou *utéro-vaginales*, on entende parler d'un trajet sinueux faisant communiquer la vessie avec le vagin, ainsi que semble l'indiquer le mot *fistule*. Sous ce titre on comprend toute perte de substance faisant passer l'urine par le vagin ou par l'utérus.

Les fistules peuvent occuper des endroits très divers de la cloison vésico-vaginale; elles se présentent au niveau du canal de l'urèthre, au bas-fond de la vessie, quelquefois plus haut, à l'insertion du vagin, ou enfin beaucoup plus profondément, entre la vessie et l'utérus; et, suivant le siège de la lésion, les chirurgiens ont admis des fistules *uréthro-vaginales*, *vésico-vaginales*, *vésico-utéro-vaginales superficielles et profondes*, et enfin *vésico-utérines*. Cette classification que nous indiquons a été établie par Jobert (de Lamballe), et nous verrons plus loin qu'elle est parfaitement exacte.

Les fistules de la vessie peuvent présenter des dimensions et des formes excessivement variables. Ainsi, tandis que les fistules qui font communiquer la vessie avec l'utérus ne sont jamais considérables et sont assez régulièrement circulaires, les fistules qui sont situées plus bas peuvent avoir plusieurs centimètres de diamètre et même comprendre tout le bas-fond de la vessie, dont il ne reste quelquefois plus le moindre vestige.

Ces effrayantes lésions sont heureusement fort rares, et, dans la majorité des cas, on rencontre des ouvertures ayant de 3 à 5 centimètres de diamètre.

Les bords des fistules ne sont jamais très réguliers; aussi a-t-on décrit des fistules ayant la forme d'un cercle, d'un ovale, d'un fer à cheval; et souvent encore il est difficile d'assigner aux fistules une forme exacte.

Dans la majorité des cas, les fistules sont uniques; mais on a observé des femmes portant des fistules doubles.

vagin (méthode indirecte du traitement des fistules vésico-vaginales, thèse. Paris, 1873). — Adam (Abel), *Des fistules recto-vaginales accidentelles*. Paris, thèse, 1873. — Jarry, *Contribution à l'étude du traitement de la fistule vésico-vaginale*, thèse. Paris, 1875. — Planchod (Bienvenu), *De la coïncidence des fistules vésico- et recto-vaginales*. Thèse, Paris, 1875. — Gendron, *Contribution à l'étude des fistules vésico-vaginales et de leur traitement, exposé de quelques modifications instrumentales*. Thèse, Paris, 1875.

Lorsqu'on examine une fistule récente du bas fond de la vessie, on trouve les lèvres rouges, tuméfiées, recouvertes de bourgeons charnus en voie de cicatrisation : mais, si la fistule existe depuis assez longtemps, les bords ont changé complètement d'aspect, ils sont plans, durs, presque cartilagineux, peu vasculaires, et présentent l'aspect de brides cicatricielles criant sous le bistouri.

Le vagin, continuellement baigné par l'urine, s'enflamme, il survient de l'érythème de la vulve, quelquefois des excoriations de la muqueuse ; chez certaines malades, il se dépose des graviers d'acide urique qui « donnent aux poils, dit Jobert, une couleur blanche ternie comme cendrée, on dirait qu'on a couvert les parties avec une substance amidonnée gris blanchâtre ».

On rencontre aussi des rétrécissements du vagin qui deviennent, au moment de l'opération, une des grandes difficultés contre laquelle le chirurgien ait à lutter. Ces rétrécissements, dont nous étudierons plus loin les causes, peuvent présenter des degrés très divers ; ainsi, dans un cas, il y aura une simple bride, dans un autre tout le vagin sera réduit à l'état d'un cordon dur, et dans un troisième les parois du vagin seront entièrement fusionnées.

Il peut aussi exister des rétrécissements du canal de l'urèthre ; mais cette lésion n'est importante à étudier qu'au point de vue du rétablissement des fonctions de la vessie après l'opération.

Ce que nous venons de dire de l'état de la fistule est vrai pour toutes fistules du bas-fond de la vessie ; mais, lorsque la perforation siège à la partie supérieure du col vaginal, elle s'accompagne de lésions du col de l'utérus et de l'insertion du vagin, qui donnent à la fistule un caractère tout particulier.

Lorsqu'on examine ces fistules, on trouve le cul-de-sac antérieur vaginal complètement détruit. Le vagin n'est plus inséré sur le col ; dans certains cas il paraît simplement décollé dans une partie de sa circonférence, et l'on peut rapprocher ce lambeau du col de l'utérus ; dans d'autres cas, le cul-de-sac du vagin et une partie de la paroi antérieure de cet organe sont entièrement détruits, et le col de l'utérus se trouve plus ou moins altéré.

Dans les cas graves, toute la lèvre antérieure du col de l'utérus a disparu, et l'urine coule sur la lèvre supérieure ; dans quelques cas, heureusement fort rares, il n'existe plus de col, dont on ne retrouve pour dernier vestige qu'un tubercule plus ou moins saillant. Dans ces fistules, qui ont été décrites par Jobert sous le nom de *fistules vésico-utéro-vaginales profondes*, l'urine tombe de la vessie dans une espèce de gouttière formée par la lèvre postérieure du col utérin. Ces fistules rentrent donc dans la même classe que les fistules vésico-utérines qui se produisent sur la paroi antérieure de l'utérus entre l'insertion du vagin et le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin ; l'urine passe de la vessie dans le corps

même de l'utérus et s'écoule par le museau de tanche ; l'ouverture de ces fistules, ordinairement circulaire, pourrait admettre tout au plus une sonde de femme.

Pour expliquer le rapprochement que nous avons admis entre les fistules vésico-utérines et vésico-utéro-vaginales profondes, qui diffèrent cependant assez notablement, puisque dans les unes le vagin est intact et dans les autres il est notablement lésé, nous ferons remarquer que dans ces deux cas la partie antérieure du tissu utérin est totalement détruite et que l'urine coule sur la muqueuse utérine.

Mais, comme le dit Jobert, entre les fistules vésico-vaginales et celles qui font communiquer la vessie avec l'utérus, il existe une grande classe de lésions comprenant les fistules que cet auteur a décrites sous le nom de *fistules vésico-utéro-vaginales superficielles* (1).

Dans ces fistules, le vagin présente les lésions que nous avons indiquées pour les fistules vésico-vaginales profondes ; mais le col de l'utérus, au lieu d'avoir perdu toute sa lèvre antérieure, n'est que superficiellement touché, et le canal utérin se trouve intact ; c'est là le grand point de distinction des fistules vésico-vaginales superficielles, et alors l'urine coule sur le col, mais ne touche pas au canal utérin du col.

§ II. — Causes.

De nombreuses causes peuvent donner lieu à la formation des fistules vésico-vaginales, et quoiqu'elles soient loin d'avoir toutes la même importance, il est utile de les connaître, car le traitement pourra dépendre de la cause première.

Des perforations peuvent se former soit de dedans en dehors, c'est-à-dire de la vessie vers le vagin, soit de dehors en dedans du vagin vers la vessie.

Les perforations que l'on peut ranger dans la première classe sont presque toujours produites par la présence de pierres vésicales qui enflamment la vessie, finissent par l'ulcérer ; mais elles peuvent tenir à l'introduction d'aiguilles ou d'épingles dans la vessie, qui agissent d'une manière peu différente. Jobert a parfaitement expliqué ce mécanisme ; lorsqu'une aiguille a été introduite dans la vessie, elle peut sortir en écartant les tissus sans les détruire et sans laisser de trajet organisé ; mais il n'en sera plus de même pour une épingle à tête un peu forte ; elle s'implante dans les tissus sans pouvoir les traverser entièrement, et l'on comprend que la présence d'un métal aussi altérable que celui des épingles puisse occasionner l'inflammation des tissus qu'elles traversent ; de plus autour de ces corps étrangers il se produit des dépôts de matière lythique qui aggravent l'état des malades (2).

(1) Jobert, *Traité de chirurgie plastique*, t. II, p. 123.

(2) Jobert, *ibid.*, p. 324.

Les fistules qui se forment du vagin vers la vessie sont de beaucoup les plus nombreuses; elles peuvent tenir à des causes non traumatiques et à des causes traumatiques.

Comme causes non traumatiques, nous trouvons des ulcérations syphilitiques, des cancers, ou des inflammations du vagin occasionnées par la présence de vieux pessaires.

Dans les cas d'ulcérations syphilitiques ayant détruit la cloison vésico-vaginale, Jobert a remarqué que ces ulcères attaquent plutôt l'urèthre que le vagin.

Le cancer du col, dans sa marche envahissante, peut ulcérer le bas-fond de la vessie; mais il arrive quelquefois que le cancer débute d'emblée par la cloison du vagin; dans les fistules produites de cette manière, on ne trouve pas une large perforation, mais plusieurs pertuis par lesquels suinte l'urine.

Quant aux fistules produites par la présence de vieux pessaires, le mécanisme est exactement celui dont nous avons parlé à propos des corps étrangers de la vessie. La muqueuse s'enflamme, s'excorie, il se forme une ulcération qui ne fait qu'augmenter, et enfin il se déclare un libre passage à l'écoulement de l'urine.

Les fistules dues à des causes traumatiques peuvent se produire au moment même de l'accident ou bien ne survenir que quelque temps après.

Les fistules qui se déclarent au moment même de l'accident, ne sont que des incisions de la cloison pratiquées soit dans un but criminel, soit dans le but d'aller à la recherche des corps étrangers introduits dans les tissus, ou pour extraire des pierres vésicales qui menaçaient d'ulcérer la cloison.

Dans ces fistules, nous trouvons une simple fente de la cloison, à bords assez rapprochés et dont la dimension ne dépend que de l'incision.

Ces fistules n'apparaissent que quelque temps après le traumatisme sont les plus nombreuses et les plus importantes, puisque c'est dans la classe de ces fistules que se rangent toutes les observations des fistules survenant après l'accouchement.

A la suite d'une plaie contuse, ou même d'une contusion avec épanchement de sang et décollement des téguments, il peut survenir de l'inflammation, de la suppuration qui désorganise tous les tissus contusionnés. Ces accidents, que nous sommes à même d'observer chaque jour extérieurement, se rencontrent quelquefois pour le vagin à la suite d'un accouchement un peu pénible.

Un enfant trop volumineux, ou l'application du forceps, peuvent produire dans la cloison vésico-vaginale des épanchements sanguins qui s'abcèdent et donnent lieu à une perte de substance; nous sommes d'autant plus autorisés à admettre la production des fistules par ce

mécanisme, que Churchill a rapporté une observation de fistule produite de cette manière, quoique tout à fait en dehors de l'accouchement. Un homme, ayant introduit le doigt dans le vagin d'une femme accroupie pour uriner, lui contusionna tellement la cloison vésico-vaginale, qu'elle s'enflamma et se termina par la formation d'une fistule.

On peut parfaitement s'expliquer par ce procédé un grand nombre de fistules vésico-vaginales, mais il n'en est pas de même pour les fistules vésico-utéro-vaginales ou vésico-utérines; il est difficile d'admettre une contusion assez forte pour enflammer un tissu aussi résistant que celui de l'utérus. Aussi les fistules dans lesquelles le tissu utérin est atteint, se produisent-elles d'une toute autre façon; elles surviennent à la suite de plaques gangréneuses de l'utérus ou du vagin produites par une pression prolongée de la tête de l'enfant.

Nous n'avons nullement besoin d'entrer dans de grands détails sur les circonstances qui faciliteront ces gangrènes, car on comprend que toutes les causes de dystocie, occasionnant un arrêt de la tête du fœtus, pourront être suivies d'une plaque gangréneuse par compression et par arrêt de la circulation; ainsi, l'inertie de l'utérus, le rétrécissement du bassin, les vices de conformation, la présence de tumeurs, etc., ont été signalés dans un grand nombre d'histoires de fistules utérines.

Dans plusieurs observations, l'accouchement ayant eu lieu par les pieds ou par l'épaule, on crut voir dans cette présentation une cause immédiate de la fistule; mais Jobert pense avec raison que ce n'est pas aux pieds ni aux épaules qu'il faut attribuer la formation de la fistule, mais bien plutôt à la pression de la tête ou des parties de la face.

Le mécanisme que nous venons d'indiquer pour la formation des fistules utérines peut nous expliquer parfaitement pourquoi les fistules vésico-utérines sont beaucoup moins considérables que les fistules vésico-vaginales, et pour quelles raisons dans les fistules vésico-utéro-vaginales, le vagin se trouve quelquefois complètement décollé autour du col. C'est qu'au moment de la grossesse, l'utérus augmente considérablement; la perte de substance qui succède à la chute de l'eschare se trouve réduite à une très petite dimension par la rétraction du tissu utérin; tandis qu'il n'en est plus de même pour le vagin, qui ne subit comparativement qu'une dilatation très minime, et qui, de plus, ne revient même pas à son calibre primitif; la perte de substance se trouve donc avoir la dimension de la plaque gangréneuse.

Lorsque la guérison d'une fistule vésico-vaginale a été obtenue, il peut se faire que la solution de continuité se reproduise après un laps de temps variable, même après des années, et permette ainsi de nouveau le passage des urines par le vagin.

E. Bourdon (1) pense que cette récurrence peut être attribuée alors

(1) E. Bourdon, *Sur une cause peu connue de récurrence des fistules vésico-vaginales*. *Arch. de méd.*, 1872, p. 283).

à l'existence de la grossesse, même longtemps avant que l'accouchement vienne à se produire. E. Bourdon admet que :

« 1° La cicatrice d'une fistule vésico-vaginale peut se rompre spontanément dans les premiers mois de la grossesse, même après une guérison qui date de six ans.

« 2° La récurrence a lieu sous l'influence des perturbations apportées dans la vitalité des tissus par l'état de la gestation.

« 3° Le vagin devenant variqueux pendant la grossesse, on peut assimiler la rupture de la cicatrice d'une fistule vésico-vaginale, à la rupture spontanée de la cicatrice qui recouvre un ulcère variqueux de la jambe. »

§ III. — Symptômes.

Les signes des fistules vésicales ne sont pas très nombreux, car, outre les signes physiques de la lésion, le seul symptôme rationnel consiste dans l'écoulement de l'urine, non par l'urèthre, mais par le vagin.

L'urine arrivant sans interruption dans la vessie, et ne trouvant plus de paroi pour pouvoir s'accumuler, s'écoule de suite dans le vagin par la perte de substance; mais ce phénomène peut se modifier suivant certaines circonstances importantes à connaître.

Ainsi, dans les fistules siégeant au niveau de l'urèthre, la vessie se trouvant intacte peut se distendre par l'arrivée de l'urine; mais pendant la miction, le canal de l'urèthre étant perforé, ne peut conduire au dehors l'urine qui s'écoule dans le vagin.

On avait voulu voir dans cette intermittence le signe différentiel des fistules de l'urèthre; mais elle peut se rencontrer dans les fistules du bas-fond de la vessie, et de plus, elle peut ne pas exister pour celles de l'urèthre; lorsque la fistule se trouve compliquée de paralysie du col de la vessie, comme on le voit quelquefois à la suite des accouchements.

Cette intermittence dans l'écoulement de l'urine peut se rencontrer, comme nous le disons, dans des fistules du bas-fond de la vessie; mais elle dépend, soit de la position des malades, soit de l'état de la vessie.

Ainsi, certaines malades ne perdent pas leurs urines dans la position horizontale, parce que la face supérieure de la vessie, se trouvant pressée par la masse intestinale, se déprime et vient s'appuyer sur le bas-fond de la vessie pour y former une espèce d'opercule.

Dans quelques cas, la partie antérieure de la vessie, par son propre poids, vient fermer la fistule, et, lorsqu'on examine les malades au spéculum, on voit, entre les bords calleux de la fistule, un petit mamelon rose qui n'est autre que la vessie.

Chez quelques malades pouvant garder leurs urines dans la position verticale, et les perdant dans la position horizontale, on avait remarqué que la fistule siégeait au-dessus de l'orifice des uretères. De suite

on voulut ériger en principe que dans les fistules siégeant au-dessous de l'orifice des uretères l'écoulement se faisait sans interruption, tandis que pour les fistules situées au-dessus l'urine, trouvant intact la portion de vessie comprise entre l'ouverture des uretères et le col de la vessie, ne s'écoulerait que lorsque le niveau de l'urine aurait atteint le bord de la fistule. Jobert a prouvé que cette distinction n'était nullement motivée; que cette interruption, se produisant lorsque les malades étaient assises ou penchées, tenait à la pression de l'utérus qui rapprochait les bords de la fistule.

Outre l'écoulement de l'urine, les malades se plaignent de douleurs assez vives, de cuisson dans le vagin. Au début de la fistule, elles s'expliquent par le simple contact de la muqueuse vaginale avec l'urine; mais ensuite elles tiennent à la vaginite, qui peut devenir presque purulente.

La peau des cuisses, la vulve, continuellement mouillées, s'irritent, s'enflamment, se couvrent d'ulcérations qui expliquent dans la majorité des cas les accidents fébriles des malades atteintes de fistules vésico-vaginales.

L'apparition de l'écoulement continu de l'urine varie un peu suivant la cause productive de la fistule; ainsi, lorsque la fistule est produite par un instrument tranchant, l'urine s'écoule de suite: il n'en est plus de même lorsque la cloison vésico-vaginale a été contusionnée ou a subi une pression amenant un point de gangrène; l'écoulement de l'urine survient alors du quatrième au douzième jour; J.-L. Petit l'a noté après un mois; Jobert a rapporté le fait d'une femme dont l'urine commença à couler le soixante-huitième jour, et dont l'eschare fut trouvée le vingt-deuxième jour à l'entrée de la vulve.

Nous n'avons nullement besoin de dire qu'une fistule n'est complète que lorsque les bords de l'ouverture sont cicatrisés, ce qui exige une dizaine de jours après l'incision de la cloison ou après la chute de l'eschare.

Quant à la vaginite, elle débute plus ou moins tôt, suivant l'état du vagin; si cet organe est intact lorsque la fistule s'établit, il faut un temps assez long pour que la présence de l'urine amène l'inflammation vaginale; mais si le vagin a été contusionné d'une manière générale, si encore il y a eu quelques points de gangrène sur ces parois, on comprend que l'arrivée de l'urine empêchera ces surfaces de se cicatriser et entretiendra forcément une inflammation dans le vagin.

§ IV. — Pronostic.

Le pronostic des fistules vésico-vaginales est excessivement grave, puisqu'une fistule abandonnée aux efforts de la nature ne guérira jamais. Quelques chirurgiens ont cité cependant plusieurs observations

de guérisons sans aucun traitement : mais les fistules étaient survenues à la suite de tailles vaginales.

La santé générale des malades se ressent rapidement d'une pareille lésion ; ces malheureuses femmes ne mangent plus, maigrissent, ne voient plus revenir leurs règles, tombent dans un tel marasme qu'elles succomberaient rapidement si la chirurgie ne venait à leur secours.

§ V. — Diagnostic.

Si l'on s'en tenait à la théorie, le diagnostic des fistules serait dénué de toute difficulté ; l'écoulement continu de l'urine et l'examen des parties malades lèveraient tous les doutes ; mais en pratique il n'en est plus de même, et dans quelques cas le diagnostic demande une grande attention.

Souvent, à la suite d'accouchements laborieux, le col de la vessie perd sa contractilité, et les malades laissent échapper involontairement leurs urines. On pourrait croire à une fistule, et, pour éviter une pareille erreur, il faut avoir recours à l'examen du vagin.

Lorsqu'on a affaire à des fistules ayant un et demi à deux centimètres de diamètre, le toucher suffira pour constater la perforation ; mais, pour les fistules de petit diamètre, le doigt porté sur toute la paroi du vagin ne permettra pas de reconnaître le siège de la fistule, et même avec le spéculum, on éprouve des difficultés à reconnaître la lésion.

Nous n'entrerons ici dans aucun détail sur les divers modes d'examen du vagin : nous les étudierons tout au long en parlant du traitement ; nous dirons seulement que si, malgré le déplissement complet du vagin, on ne peut apercevoir la fistule, il faut avoir recours aux injections colorées dans la vessie. La sortie du liquide sur la paroi du vagin indiquera le siège de la fistule, et la sortie du liquide par le museau de tanche fera reconnaître une fistule vésico-utérine.

Ces injections colorées ne sont nécessaires que pour les fistulettes vésico-vaginales et pour les fistules vésico-utérines, car les fistules vésico-utéro-vaginales sont ordinairement assez considérables pour que le toucher et l'examen au spéculum les indiquent bien nettement.

§ VI. — Traitement.

Époque à laquelle il faut intervenir. — Avant d'étudier le traitement des fistules de la vessie, nous devons rechercher quel est le moment le plus favorable pour tenter la réunion.

Doit-on opérer dès que la fistule est produite, ou doit-on attendre la cicatrisation complète des bords de la fistule ?

Nous pensons que, pour des fistules produites par un instrument tranchant sur une vessie non malade, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer la suture immédiate ; si, au contraire, l'incision a été faite sur

une vessie enflammée, tendant à s'ulcérer par la présence d'une pierre ou d'un corps étranger contenus dans son intérieur, on doit agir comme pour les fistules survenues à la suite de contusion ou de gangrène.

Dans ces cas, les bords de la perte de substance sont en pleine inflammation au moment où l'ouverture se déclare ; aussi ne doit-on pas essayer la réunion : pour y parvenir, il faudrait agir sur des tissus incapables de supporter la moindre suture. Au moment de la chute d'une eschare, les bords de la plaie sont toujours excessivement irréguliers ; pour les régulariser, il serait peut-être nécessaire d'enlever une très grande portion de tissus.

C'est en se basant sur ces considérations que presque tous les chirurgiens pensent que l'on ne doit opérer une fistule que plusieurs mois après qu'elle s'est déclarée ; à ce moment ses bords sont devenus une cicatrice résistante ; ils ne saignent plus au moindre contact, et les parois du vagin au-dessus et au-dessous de la plaie ont repris leur état primitif.

Il en sera de même pour désigner le moment favorable d'une nouvelle opération ; lorsqu'on aura échoué une première ou une seconde fois, il faudra attendre au moins trois mois, sous peine d'avoir un nouvel insuccès. Tous les chirurgiens sont unanimes sur ce point.

Quant à la grossesse, elle semble une contre-indication formelle à l'opération, à cause de l'état variqueux du vagin qui existe à cette époque, surtout depuis que E. Bourdon a démontré que des cicatrices de fistules parfaitement guéries ont pu se rompre uniquement sous l'influence des modifications apportées dans leur vitalité, par le fait même de la grossesse.

Complications. — En étudiant l'anatomie pathologique et les symptômes des fistules, nous avons vu que plusieurs accidents pouvaient venir les compliquer et nécessiter une intervention chirurgicale.

Avant de passer à la description des procédés opératoires, nous allons indiquer les soins que peuvent exiger ces complications.

Les rétrécissements de l'urèthre devront être dilatés par des bougies de différents volumes, comme pour le rétrécissement chez l'homme. Cette complication peu grave est toujours surmontée sans difficulté ; il n'en est plus de même lorsque l'urèthre a entièrement disparu ; dans ces cas, la chirurgie est tout à fait impuissante.

Dans un cas observé par Saucerotte, il fut impossible de retrouver même le méat urinaire, et l'on abandonna la malade comme étant sans ressource.

Quant aux rétrécissements du vagin, nous savons qu'ils peuvent se présenter sous trois états différents : une diminution de calibre, une bride cicatricielle l'oblitérant, ou enfin une espèce de fusion des parois.

Dans le premier cas, on doit essayer la dilatation simple au moyen