

tat en incisant le col, lorsqu'il est le siège de callosité, ou en pratiquant la symphyséotomie dans les cas d'étréitesse du bassin s'opposant à la sortie du fœtus ; enfin en employant tous les moyens propres à faciliter l'accouchement, tels que les bains, les injections et les vapeurs émollientes et surtout les saignées générales pratiquées à l'un des bras.

Malheureusement les ruptures de la matrice ne peuvent être le plus souvent ni prévues ni prévenues, soit parce qu'elles ont lieu subitement et sans symptômes précurseurs, soit aussi parce que les femmes n'ont auprès d'elles que des personnes peu capables de juger leur état et d'agir en conséquence.

Les trompes et les ovaires, sont aussi comme la matrice et le vagin sujettes à se rompre, lorsqu'elles deviennent le siège d'une conception extra-utérine. *Baillie* (1) rapporte l'observation d'une rupture de la trompe qui eut lieu par le développement progressif d'un fœtus qu'elle contenait et qui détermina une hémorrhagie mortelle; du reste ces sortes de ruptures qui sont très rares, réclament le même traitement que celui qui a été indiqué pour les ruptures du vagin et de la matrice proprement dite.

DES FISTULES VAGINALES.

Au moyen d'une ou de plusieurs ouvertures acci-

(1) Anatomie pathologique, chap. XXIII, sect. 5.

dentelles, le vagin peut communiquer, par sa paroi antérieure avec la vessie ou l'urètre, et par sa paroi postérieure, avec le rectum, ou tout à la fois en avant, en arrière avec chacune de ces cavités. Ces sortes de perforations constituent ce qu'on appelle les *fistules vaginales*, que l'on distingue en *fistules vagino-vésicales* et *vagino-rectales* et en *fistules vaginales* doubles ou multiples, selon la situation et le nombre de perforations du canal vulvo-utérin.

DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES ET VAGINO-URÉTRALES.

La fistule vésico-vaginale, c'est-à-dire l'ouverture accidentelle qui permet à l'urine d'arriver dans le vagin et de s'écouler constamment par ce canal, malgré la volonté de la personne qui en est affectée, est une lésion physique qui, quoique rare, se présente néanmoins assez fréquemment pour mériter toute l'attention des hommes de l'art. Cette maladie, ou plutôt cette infirmité dégoûtante, est une des plaies les plus fâcheuses et les plus pénibles auxquelles les femmes sont exposées. En effet, les incommodités qui en résultent les portent quelquefois à un tel désespoir, qu'elles acceptent toujours sans hésiter les opérations douloureuses et tous les autres moyens de guérison qu'on leur propose. Quoique n'étant jamais mortelle par elle-même, cette affection est cependant

très grave, non seulement parce qu'elle réduit les malades à une condition déplorable, mais surtout parce qu'on rencontre presque toujours de très grandes difficultés pour en obtenir la cure radicale.

Les causes qui déterminent les fistules vésico-vésicales sont le plus ordinairement, le séjour trop prolongé de la tête du fœtus dans l'excavation pelvienne pendant les accouchements laborieux, surtout la compression de la partie supérieure du vagin contre la symphise du pubis, d'où résulte des escarrhes gangreneuses dont la chute produit presque toujours des perforations vaginales. On doit ajouter aux causes que nous venons de signaler, les manœuvres violentes et l'emploi du levier ou du forceps, dirigés par des mains inhabiles, le séjour prolongé d'un calcul ou d'un autre corps étranger dans la vessie, comme *Fabrice de Hilden* en cite un exemple (1); celui d'un pessaire dans le vagin (2), la cystotomie vaginale; enfin, on a vu également les fistules vésico-vaginales être produites par des ulcérations vénériennes, ou un ulcère cancéreux siégeant sur le col de la matrice, et surtout sur la cloison vésico-vésicale.

Les signes de cette affection, qui peut également

(1) Opera omnia, centur. I, observ. 68.

(2) Journ. complém. des sciences méd. tom. XXXVII, et plusieurs observations que nous avons citées en parlant des pessaires, dans le premier volume de cet ouvrage.

être congéniale (1), présentent peu de différences chez toutes les femmes qui en sont atteintes. Presque toujours lorsqu'elle est la suite d'un accouchement laborieux, il se manifeste une rétention d'urine que l'on combat d'abord par la présence d'une sonde dans la vessie, mais qui se transforme en une incontinence complète, à la suite de la chute d'escarrhes plus ou moins étendues qui a lieu ordinairement du septième au douzième jour.

Les fistules vésico-vaginales peuvent correspondre au canal de l'urètre, au col, ou au bas fond de la vessie. Celles de la première espèce, c'est-à-dire les urétrales, sont les moins fâcheuses, parce que l'urine ne s'écoule que pendant l'expulsion volontaire de ce liquide qui sort en partie par le méat urinaire, et en partie par l'ouverture accidentelle. L'écoulement anormal du fluide vésical, dont la quantité varie selon les dimensions de la fistule, arrosant presque sans interruption la paroi du vagin et la surface interne des grandes lèvres, détermine bientôt une vive irritation sur ces parties et y développe, soit un état érysipélateux habituel, ou une éruption de gros boutons, soit des ulcérations grisâtres et des démangeaisons cuisantes et très douloureuses, qu'il est plus difficile de prévenir que de faire cesser.

Dans le cas où la perforation se trouve au col de

(1) Dict. des sciences méd. t. LVI, page 505.

la vessie, tous les accidents que nous venons de signaler deviennent encore beaucoup plus graves, parce qu'alors il n'est pas au pouvoir des malades de retenir leurs urines, si ce n'est dans quelques cas, lorsqu'elles sont assises ou droites, parce que dans la position verticale du corps, la matrice qui est alors plus abaissée, obture souvent l'ouverture fistuleuse dont elle maintient les lèvres en contact en rapprochant la partie supérieure de l'inférieure. Pour que ce résultat soit obtenu, il faut d'une part que la perforation soit étroite, et de l'autre que les femmes tâchent d'éviter les efforts expiratoires qui ont lieu dans l'action d'éternuer, de rire, de cracher, de tousser, de se moucher, ce qui est toujours difficile pour ne pas dire impossible. En effet, chaque fois que le diaphragme refoule en bas par une contraction brusque les viscères abdominaux, la vessie qui se trouve alors comprimée, se contracte aussi, et il en résulte un changement de rapport de la fistule qui alors laisse échapper l'urine, malgré les précautions prises par la femme.

Lorsque la perforation est située au bas fond de la vessie, quelle que soit la position que prennent les malades, l'écoulement de l'urine est continuel. Dans ce cas, le plus fâcheux de tous, leurs lits, leurs vêtements, la cavité du vagin et la face interne des grandes lèvres, sont constamment baignés par le fluide vésical, et il n'est aucune précaution et aucun soin

de propreté qui puissent les garantir d'une humidité permanente et surtout de l'odeur urineuse et repoussante qu'elles exhalent. Il en est même qui sont forcées de passer leur vie sur une chaise percée, dans laquelle se trouve un vase destiné à recevoir l'urine à mesure qu'elle s'échappe du vagin.

Malgré le triste tableau que nous venons de faire des fistules vésico-vaginales, elles n'ont fixé l'attention des chirurgiens que dans le commencement de ce siècle, et on n'en trouve l'histoire complète que dans les ouvrages les plus modernes. Cependant ces sortes de perforations ont existé de tout temps, et même ont dû être plus fréquentes anciennement qu'aujourd'hui, parce qu'avant la découverte du forceps, faite dans le siècle dernier, les accouchements laborieux ne se terminaient que par les seuls efforts de la nature ou au moyen de manœuvres dangereuses. Il est évident que dans ces cas difficiles, la compression prolongée de la tête contre la cloison vagino-vésicale et la symphise pubienne, déterminaient souvent la gangrène, qui est la cause la plus ordinaire et presque exclusive de l'affection qui nous occupe.

Le *diagnostic* des fistules vésico-vaginales présente rarement des difficultés, et en général, avec l'aide du toucher et d'une exploration directe au moyen du *speculum vaginae*, on peut presque toujours constater facilement, non seulement leur exis-

tence, mais encore leur forme, leur situation et leur étendue. Il est cependant certaines circonstances que nous croyons utiles de signaler, parce qu'elles peuvent offrir quelque obscurité dans le diagnostic.

Dans le cas où l'incontinence de l'urine ne se manifeste que peu de jours après l'accouchement, on peut confondre cet écoulement involontaire avec celui des lochies, et attribuer la diminution de l'expulsion du fluide cystique à une inflammation, ou à un autre état pathologique des glandes rénales. Il suffit d'indiquer cette cause possible d'erreur, pour ne jamais craindre d'y tomber. Il est également bon de savoir que, lorsque la fistule vésico-vaginale, qui a eu lieu à la suite d'un accouchement laborieux, est le résultat d'une déchirure ou d'une division, c'est immédiatement après la parturition que survient l'incontinence d'urine; au contraire, lorsque la perforation est déterminée par la chute d'une escarrhe, c'est seulement après la chute de cette dernière, qui arrive ordinairement du septième au douzième jour, que l'on voit se manifester l'incontinence du fluide cystique. Nous devons cependant faire observer que l'expulsion involontaire de l'urine qui succède à un accouchement difficile, n'est pas toujours le résultat d'une communication établie entre le canal vulvo-utérin et la vessie, car elle peut dépendre aussi d'une forte contusion du col vésical, sans formation d'escarrhe. Quoique dans ce dernier cas, l'inconti-

nence soit presque toujours de courte durée, elle peut quelquefois persister comme s'il existait une fistule, et apporter dans le diagnostic des difficultés que du reste il est toujours facile de lever au moyen de l'exploration des parties. Enfin, pour terminer ce que nous avons à dire sur les circonstances qui peuvent compliquer le diagnostic des fistules vésico-vaginales, nous ajouterons que la présence d'une escarrhe profonde sur le col de la vessie, ne cause ordinairement l'incontinence de l'urine, qu'après avoir d'abord déterminé la rétention complète de ce liquide.

Si après un accouchement laborieux, on avait quelque raison pour croire à l'existence d'une fistule, il faudrait sans différer faire cesser toute incertitude à cet égard, parce que, dans ce cas, le moindre retard peut avoir les plus graves conséquences. En effet, si l'on attend que les bords de la perforation se soient cicatrisés séparément, il ne restera plus d'espoir de guérison que dans une opération douloureuse et souvent inutile. Quand, au contraire, la certitude du mal aura été constatée de bonne heure, on pourra espérer, soit une réunion complète par les seuls efforts de la nature, comme *Fabrice de Hilden* (1), *Paleta* (2) *Philippe Peu* (3), *Ryan* (4), *Duparcque* (5), *Blundel*,

(1) Centur. I, obser. 68 et centur. III. observ. 69.

(2) Chirurgie deuxième partie, page 21.

(3) Prat. des accouchements. page 384.

(4) Manuel of midwif.

(5) Hist. compl. des déchir. et des ruptures de l'ut. p. 328.

Capuron et d'autres auteurs en citent des exemples, soit du moins une diminution de l'étendue de la fistule, dont la guérison radicale pourrait ensuite s'obtenir facilement au moyen de la cautérisation.

Dès qu'on a quelque motif de crainte, il est donc de la plus haute importance de s'assurer le plus tôt possible s'il existe une perforation vaginale, car immédiatement après l'accouchement le vagin et les ligaments utérins sont relâchés, la matrice est pesante, et les bords de la solution de continuité sont saignants ou en suppuration. Comme toutes ces circonstances sont très favorables au rapprochement et à l'agglutination des lèvres des fistules vagino-vesicales, les chances de guérison deviendraient alors d'autant plus nombreuses et plus sûres, que l'art seconderait en même temps les efforts de la nature, tant à l'aide d'une sonde introduite et maintenue dans la vessie, qu'avec le secours d'une position favorable, et de la compression abdominale, ou d'autres moyens qui peuvent varier selon les circonstances et dont plus tard les effets ne seraient plus aussi puissants.

Il nous reste encore à rappeler que les fistules vésico-vaginales qui ont pour cause un accouchement laborieux, sont presque toujours transversales ou obliques, celles qui tiennent à une autre cause sont plus souvent longitudinales; abandonnées à elles-mêmes, elles tendent ordinairement à persister indéfiniment, quoique dans un certain nombre de cas,

elles se rétrécissent spontanément et même se guérissent, comme nous l'avons déjà dit, par la seule puissance de l'organisme et sous l'influence de conditions qu'il est difficile d'apprécier.

Afin d'acquérir des notions aussi exactes que possible, sur la forme et les dimensions des perforations vaginales, *M. Lallemand*, professeur à la faculté de Montpellier, a imaginé un ingénieux moyen de diagnostic, qui consiste à introduire dans le vagin un morceau de cire à mouler convenablement préparée, à l'aide d'un large porte-empreinte soutenu par les doigts index et medius de la main gauche. La cire restée quelques instants dans le vagin, se ramollit bientôt; lorsqu'on s'aperçoit qu'elle l'est suffisamment pour remplir le but qu'on se propose, on la soulève et on l'applique le plus exactement possible contre la fistule, dont l'empreinte est reproduite fidèlement en creux et en relief avec les formes variées de son ouverture et de ses bords ainsi que toutes les dispositions des parties voisines. Pour connaître la profondeur exacte du siège de la lésion, il suffit, lorsqu'on retire la cire, d'appliquer le pouce sur le porte-empreinte, au niveau de l'ouverture vulvaire. Cet excellent moyen de diagnostic auquel il est toujours bon d'avoir recours, devient l'heureux complément des connaissances préliminaires qui sont indispensables au chirurgien pour opérer avec sûreté.

Le degré de curabilité ou d'incurabilité des fistules

vesico-vaginales, varie non-seulement selon leur situation et leur forme, mais encore suivant la nature des causes qui les ont produites, leur position par rapport à l'ouverture vésicale des uretères, enfin l'absence ou l'existence d'une division de ces canaux aux points de leur abouchement dans la vessie; le pronostic est également plus fâcheux, si l'urètre, le col cystique, la paroi vésico-vaginale sont détruits en partie ou en totalité, enfin s'il existe un renversement de la membrane muqueuse vésicale, entre les bords de la perforation.

Quoique en général on soit d'une opinion contraire, nous regardons les fistules qui ont leur siège en arrière de l'ouverture vésicale des uretères, comme étant moins graves que celles qui sont situées un peu plus en avant de ces canaux membraneux, parce que, dans le premier cas, si l'on donne à la malade une position plus ou moins verticale en maintenant dans la vessie une sonde qui dépasse peu le col de cet organe, l'urine pourra s'écouler en totalité par la sonde sans baigner la fistule; au contraire lorsque la perforation est en avant des uretères et surtout près du col, une partie du fluide vésical arrose continuellement le point perforé, ce qui est un des plus grands obstacles à la guérison spontanée ou à l'agglutination des bords rapprochés par une opération.

Les perforations vagino-vésicales qui ont été pro-

DES FISTULES VÉSICO-VAGIN. ET VAGINE-URÉT. 465
duites par la présence d'un pessaire dans le vagin, semblent être en général moins graves que celles qui résultent d'une autre cause, car d'après les faits que nous avons rapportés en parlant des accidents déterminés par ces instruments, on a vu qu'elles guérissent souvent d'elles-mêmes, du moment où l'on avait retiré le pessaire. Du reste, les chances de guérison sont, outre les circonstances que nous avons signalées, en raison du diamètre de l'ouverture de la vessie; plus la perte de substance est grande, plus on a à craindre que l'art, quelque ingénieux qu'il soit, n'oppose à cette maladie que des armes impuissantes.

Le traitement curatif des fistules vésico ou uréto-vaginales, devra toujours être précédé du traitement des causes internes qui les auraient produites, et de la cessation des complications qui pourraient les entretenir. Ainsi si la perforation vaginale était le résultat d'une ulcération syphilitique, il faudrait d'abord recourir à un traitement général et local, propre à combattre les affections de cette nature. Si l'ouverture fistuleuse avait pour cause, la présence dans la vessie d'un ou de plusieurs calculs, ou de tout autre corps étranger, ce qui pourrait être constaté par le cathétérisme ou par le toucher à travers la cloison vagino-vésicale, on devrait pratiquer la taille par le vagin ou détruire les concrétions urinaires contenues dans la poche cystique au moyen de la lithotritie ou en suivant toute autre méthode qui paraîtrait plus