

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.