

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'à 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 guérissaient 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 urétro-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

avantageuse. Dans le cas où il existerait un rétrécissement de l'urètre, il faudrait le traiter par les procédés appropriés à sa nature, de même que si la fistule coïncidait avec des callosités volumineuses et saillantes, des excoriations profondes ou des abcès urinaires dans les grandes et les petites lèvres, on devrait la soumettre à un traitement préliminaire consistant surtout dans l'emploi des bains et des fomentations et des lotions émollientes, dont l'action serait encore augmentée par des pansements méthodiques; enfin on ne devrait songer à obtenir la réunion et l'agglutination des bords de la fistule, qu'après l'avoir ramenée à son état de simplicité et avoir fait cesser toutes les complications capables de s'opposer au succès des tentatives que l'on pourrait faire.

Parmi les méthodes qui ont été employées ou proposées dans le traitement des fistules, se trouvent, en suivant l'ordre chronologique 1° la méthode palliative, 2° le tamponement, 3° la cautérisation, 4° la suture, 5° le rapprochement des bords de la perforation au moyen d'instruments particuliers, tels que les sondes et les pinces airignes, etc.

DE LA MÉTHODE PALLIATIVE.

La méthode palliative doit être nécessairement la plus ancienne qui ait été employée pour remédier autant que possible aux fistules vesico-vaginales, car

jusqu'à la fin du siècle dernier, la cure de ces sortes de perforations a été toujours regardée comme se trouvant au-dessus des ressources de la chirurgie, et surtout n'étant susceptible d'aucune opération.

Cette méthode ne doit être employée que lorsque la fistule est reconnue incurable, c'est-à-dire quand cette affection dépend de la présence d'un cancer très avancé de l'utérus ou du vagin et lors même qu'elle serait produite par tout autre cause, si plusieurs tentatives de guérison avaient été infructueuses.

Les moyens à employer dans ces cas malheureux consistent dans des soins de propreté, ayant pour but de protéger la cavité vaginale, les grandes lèvres, le périnée et les cuisses, contre l'acreté de l'urine, et dans l'usage de divers appareils destinés à recevoir ce liquide de manière à ce qu'il incommode le moins possible les malades.

On remplit la première indication par un usage fréquent de bains, de lotions et d'injections émollientes et narcotiques, et l'on remédie en partie à l'incommodité de l'écoulement continu de fluide cystique, au moyen d'un instrument qui a été seulement indiqué par J. L. *Petit* sous le nom d'urinal ou *trou d'enfer*; mais dont le véritable inventeur est *Féburier*. Cet instrument, que l'on trouve chez tous les bandagistes, est une sorte de poche en caoutchouc qui peut être maintenue au-devant de la vulve et introduite en partie dans le vagin, de manière à recevoir