

**Symptômes.** — La douleur limitée au coccyx ou à son voisinage immédiat est le signe capital. Elle est intense, réveillée par la pression, par les mouvements exécutés pour se lever et pour s'asseoir, par la marche, la défécation, le coït, les efforts de toute sorte. Tout ce qui ébranle le coccyx réveille cette douleur, qui est parfois si intense que Scanzoni la compare à celle d'une névralgie dentaire. Pour s'assurer de l'état anatomique du coccyx, on devra pratiquer le toucher rectal et le saisir entre le pouce et l'index, après avoir fait l'anesthésie locale par la cocaïne.

**Traitement.** — La guérison des **maladies concomitantes**, en particulier de la rétroflexion, amènera parfois la cessation des douleurs. On pourra essayer de diminuer la douleur par des **injections hypodermiques** de cocaïne (1 centigramme). Les injections de morphine, les suppositoires belladonnés rendront aussi des services.

**Électricité.** — Lorsqu'il n'existe pas de lésion de l'os, Gräfe recommande l'**électricité** (faradisation) et il lui a dû de beaux succès. Il place un électrode sur le sacrum, l'autre sur le coccyx, et il augmente à chaque séance la force du courant; 5 à 8 séances suffiraient. Le traitement chirurgical paraît seul procurer la guérison des cas invétérés. Dans le but d'éviter les mouvements du coccyx causés par l'action musculaire, Simpson faisait une série de sections sous-cutanées, **myotomies et ténotomies**, qui avaient pour effet d'isoler l'os de toutes parts.

**Extirpation du coccyx.** — Mais cette opération s'est souvent montrée infidèle. Le mieux est d'avoir recours à l'**extirpation du coccyx**, pratiquée d'abord par Nott. Plusieurs succès ont été ainsi obtenus dans des cas qui avaient résisté à tous les autres agents thérapeutiques<sup>1</sup>. Je lui ai dû moi-même la guérison complète et durable d'un cas très rebelle.

<sup>1</sup> AMANN. *Zur Behandlung der Coccygodynie* (Bayer ärztl. Intelligenzbl., 1870, n° 50). — PLUM. *Hosp. Tid.*, 1870, p. 55. — MURSICK. *Amer. Journ. of med. sciences*, janv. 1874, p. 122. — TH. MOORE. *Brit. med. Journ.*, 8 févr. 1890, p. 501. (Le coccyx était, dans ce cas, fortement dévié en arrière et faisait saillie sous la peau; la malade souffrait depuis quatre ans et ne pouvait ni s'asseoir, ni marcher. Extirpation, guérison.)

## CHAPITRE VII

### PLAIES DE LA VULVE ET DU VAGIN. — STÉNOSES ET ATRÉSIES ACQUISES. CORPS ÉTRANGERS.

Plaies de la vulve et du vagin. Étiologie. Défloration. Accouchement. Traumatisme. Symptômes. Hémorrhagie. Issue de l'intestin. Diagnostic. Pronostic. Traitement. — Sténoses et atrésies acquises. Étiologie. Accouchement. Blessures par corps étrangers. Cautérisations. Gangrène. Esthiomène. Ulcérations syphilitiques. Suppurations pelviennes. Vaginite. Atrophie sénile. Symptômes. Dysménorrhée obstructive. Accidents de rétention. Cicatrices. Déviations utérines. Métrite. Traitement : 1° en dehors de la grossesse : section; dilatation; autoplastie; — 2° pendant la grossesse; avortement et accouchement prématuré; section progressive des brides; — 3° au moment du travail; incisions vaginales; craniotomie; opération de Porro et opération césarienne. — Corps étrangers. Étiologie. Symptômes et marche. Tolérance. Calcification. Accidents : Inflammation et ulcération; suppurations pelviennes; péritonite; rétrécissement du vagin; leucorrhée; hémorrhagie. Diagnostic. Traitement.

#### Plaies de la vulve et du vagin.

**Étiologie.** Le plus fréquemment, les déchirures de la vulve ou du vagin sont consécutives à la **défloration** ou à l'**accouchement**; on en a observé aussi après des **traumatismes**.

Un **coït brutal**, soit pendant le premier rapprochement volontaire, soit précédé de **viol**, peut déchirer l'hymen, en le décollant, pour ainsi dire, et même en l'arrachant presque en totalité; d'autres fois, la déchirure s'étend au delà de l'insertion de la membrane, vers la petite lèvre ou le vestibule. La paroi vaginale est plus rarement intéressée que la vulve. Cependant, on a publié des cas où la paroi postérieure du canal a été rompue pendant le viol. Sabin<sup>1</sup> a rapporté un fait dans lequel la paroi recto-vaginale avait été déchirée depuis la vulve jusqu'au cul-de-sac de Douglas. Barnes<sup>2</sup> mentionne une pièce du musée de l'hôpital Saint-Georges, où l'on voit une déchirure du vagin, pénétrant dans le péritoine; elle avait été causée par le coït chez une vieille femme, probablement atteinte de rétrécissement

<sup>1</sup> SABIN, cité par L. H. PETIT. ART. VAGIN (PATHOLOGIE). *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1886, p. 235.

<sup>2</sup> BARNES. *Traité clin. des maladies des femmes*, trad. franç., Paris, 1876, p. 727.

atrophique de ce canal. Breisky<sup>1</sup> en cite un cas, suivi de guérison, imputable aussi à l'involution sénile.

**Accouchement.** Pendant l'accouchement, l'hymen est souvent rompu, car Budin a constaté 15 fois chez 75 primipares qu'il était intact à ce moment<sup>2</sup>. La rupture de l'hymen peut alors se prolonger sur le périnée (voir le chap. DÉCHIRURES DU PÉRINÉE). Le vagin a été rompu au moment de l'accouchement, par le forceps ou le céphalotribe.

**Traumatisme.** Parmi les traumatismes chirurgicaux où l'on a observé la rupture du vagin, je citerai les manœuvres violentes pour réduire une inversion chronique de l'utérus, l'extraction de volumineux fibromes, etc. Les traumatismes accidentels le plus souvent observés sont les coups de corne, les chutes sur un objet pointu, l'introduction brusque ou le séjour prolongé d'un corps étranger, etc.

**Symptômes.** Symptômes. — Le siège et l'étendue des plaies du vagin et de la vulve varient beaucoup, d'après la cause qui les a produites.

**Hémorrhagie.** L'hémorrhagie est parfois très importante dans les déchirures de l'hymen, ce qu'on peut attribuer à la présence du tissu érectile dont Henle a, exceptionnellement, signalé la présence dans cette membrane. La déchirure peut aussi s'étendre jusqu'au bulbe du vagin. Elle peut être assez grave pour compromettre la vie<sup>3</sup>.

**Issue de l'intestin.** L'ouverture du cul-de-sac de Douglas s'est accompagnée de l'issue d'une anse intestinale; si elle n'est pas réduite, elle s'étrangle, se gangrène, et laisse après sa chute une fistule iléo-vaginale, quand la mort n'est pas le résultat de cet accident<sup>4</sup>. L'ouverture du rectum ou de la vessie peut laisser persister une fistule fécale ou une fistule urinaire.

**Diagnostic.** Diagnostic. — Le diagnostic soulève d'importantes questions de médecine légale. On est généralement tenté d'attribuer à des tentatives de viol toutes les écorchures ou déchirures de la vulve, observées chez des petites filles. Hofmann<sup>5</sup> et Maschka<sup>6</sup> ont sur ce point formulé d'expresses réserves et ont montré que de simples manipulations pouvaient avoir le même effet. Or, elles sont parfois opérées dans un but de chantage, concernant l'individu qui est accusé d'attentat à la pudeur.

**Pronostic.** Pronostic. — L'hémorrhagie n'offre de gravité que si la femme est privée de tout secours.

<sup>1</sup> BREISKY. *Die Krankh. der Vagina*. (Deutsche Chir., 1886, Lief. 60, p. 89.)

<sup>2</sup> Ce fait ne prouve pas absolument que l'hymen n'ait pas été rompu auparavant; on sait, en effet, que les déchirures de cette membrane peuvent se cicatriser (BROUARDEL).

<sup>3</sup> ASCHEN. *Prag. med. Woch.*, 1889, n° 5.

<sup>4</sup> Dans un cas rapporté par STANLEY (*Lancet*, 1859-1840, t. I, p. 248), il persistait dans le vagin un orifice, faisant communiquer le péritoine avec ce canal, véritable fistule péritonéo-vaginale, qui permettait l'issue et la rentrée de l'intestin grêle.

<sup>5</sup> E. HOFMANN. *Lehrb. der gerichtl. Med.*, Vienne, 1877.

<sup>6</sup> MASCHKA. *Handbuch der gerichtl. Med.*, 1882, t. III, p. 164.

Les complications inflammatoires et septiques, qui peuvent suivre ces blessures, sont en rapport avec les soins qui ont présidé au pansement. Il est pourtant digne de remarque et difficilement explicable que des blessures très graves, ayant ouvert le péritoine, ont parfaitement guéri à la période pré-antiseptique ou, plus récemment, malgré l'insuffisance des précautions prises contre l'infection<sup>1</sup>. Au contraire, on a vu des plaies insignifiantes, comme des piqûres de sangsues, mal soignées, occasionner de graves suppurations<sup>2</sup>. Les déchirures du vagin, pendant l'accouchement, sont spécialement graves, s'il existe une cause d'infection de ce canal : végétations, blennorrhagie, eschares, etc.

**Traitement.** — Quand il y a une étroitesse anormale du vagin ou de la vulve, (voir l'article suivant), on aura à instituer un traitement prophylactique pendant la grossesse ou le travail. Contre la déchirure elle-même, on devra suivre les règles générales pour toute lésion traumatique : arrêter l'hémorrhagie par la ligature, la forcipressure à demeure, ou une suture hémostatique en surjet; réunir la plaie, après avoir réduit les organes qui ont pu faire hernie par la solution de continuité; enfin, assurer l'antisepsie de la région. Le tamponnement lâche du vagin avec la gaze iodoformée devra suivre la suture d'une plaie de ses parois. On comprimera légèrement les parties au moyen d'un bandage en T.

### Sténoses et atrésies acquises.

**Étiologie.** — Dans l'immense majorité des cas, le rétrécissement (sténose) ou l'oblitération (atrésie) du vagin ou de la vulve, quand ils ne sont pas d'origine congénitale, sont le fait d'un accouchement laborieux. Quand les eschares produites par la compression de la tête fœtale ont détruit la totalité des parois, elles ont, au moment de leur chute, amené des fistules urinaires ou fécales. Si une portion seulement de l'épaisseur du vagin a été mortifiée, la cicatrice qui succède à l'élimination subit un travail de rétraction inodulaire. Souvent aussi les parties voisines en contact se fusionnent par une véritable réunion immédiate secondaire.

Il est possible que la cicatrice qui cause le rétrécissement soit due à une blessure par un corps étranger, ayant violemment pénétré et produit un véritable empalement vaginal, ou ayant longtemps séjourné et provoqué des ulcérations consécutives, par exemple, à un

<sup>1</sup> COLOMBAT. *Traité des mal. des femmes*, t. II, p. 424. — FLEURY. *Annal. de Gyn.*, 1877, t. VIII, p. 457.

<sup>2</sup> GALLOIS. *France méd.*, 1878, t. I, p. 773.

Traitement.

Étiologie.  
Accouchement.

Blessures par  
corps étrangers.  
Cautérisations, etc.

pessaire oublié<sup>1</sup>. Les cautérisations, pratiquées dans l'intention de provoquer l'avortement<sup>2</sup> ou dans un but chirurgical<sup>3</sup>, les eschares dues à la gangrène, durant une maladie infectieuse, l'esthiomène de la vulve, les ulcérations syphilitiques, les suppurations du petit bassin (périvaginite phlegmoneuse disséquante) ont été des causes de rétrécissement cicatriciel. La vaginite seule pourrait, chez les enfants (Simpson)<sup>4</sup> et chez les adultes (Hildebrandt)<sup>5</sup>, amener une soudure plus ou moins grande des parois vaginales.

**Atrophie sénile.** Il est une cause rare de rétrécissement vaginal qui siège presque exclusivement sur la partie supérieure du canal, au voisinage du col : c'est l'**atrophie sénile**. Le canal se rétrécit, devient infundibuliforme, et, au fond du cône qu'il forme, on arrive avec peine sur le col atrophie. Il est quelquefois difficile de distinguer les cas de ce genre des rétrécissements cicatriciels ou cancéreux<sup>6</sup>. On n'observe ce rétrécissement que chez les femmes qui n'ont pas de rapports sexuels. J'en ai vu un curieux exemple.

**Symptômes.** — Les cicatrices peuvent siéger à l'entrée de la vulve, quand elles sont le résultat d'un coup de corne, d'un empalement, d'une brûlure ou d'une gangrène de la vulve chez les petites filles. Mais la grande majorité des brides ou oblitérations étant dues à des pertes de substance par eschares, à la suite de l'accouchement, leur situation, dans le vagin, est plus profonde. Les troubles qui en résultent surviennent progressivement et sont parfois longtemps retardés par la dilatation incessante que produisent les rapports conjugaux. Il suffit, du reste, d'une perméabilité très médiocre du vagin pour permettre le coït et pour assurer aussi l'écoulement du sang menstruel. Il peut donc arriver que les femmes portent des lésions très accusées, sans en être averties. Toutefois, si l'orifice par lequel s'échappent les règles est fort étroit, il y a souvent de la **dysménorrhée** qu'on a qualifiée d'**obstructive**.

**Accidents de rétention.** Si l'oblitération est complète (**atrésie**), le sang des règles s'accumule au dessus de l'obstacle et distend le vagin, en totalité ou en partie, l'utérus et même les trompes (**hématocolpos**, **hématométrie**, **hémato-salpinx**). Je renvoie pour cette étude au chapitre des ACCIDENTS DE RÉTENTION CONSÉCUTIFS AUX ATRÉSIES CONGÉNITALES (livre XVI, ch. III). On a, par contre, observé un certain nombre de fois que l'obstruction

<sup>1</sup> BREISKY (*Loc. cit.*) mentionne un exemple de ce genre, provenant du musée anatomique de Prague : il s'agit d'une femme de soixante-huit ans qui avait gardé son pessaire pendant trente-quatre ans.

<sup>2</sup> LEVY. *Bibl. f. Laeger*, 1860, p. 39.

<sup>3</sup> E. KENNEDY. *The Dublin Journ.*, 1840, t. XVI, p. 80.

<sup>4</sup> SIMPSON. *Clin. lect. on diseases of women*. Edimbourg, 1872, p. 259.

<sup>5</sup> H. HILDEBRANDT. *Monatschr. f. Geb.*, 1868, Bd. XXXII, p. 128.

<sup>6</sup> BARNES. *Loc. cit.*, p. 727.

accidentelle des voies génitales amenait l'aménorrhée, circonstance heureuse qui mettait à l'abri de pareils accidents<sup>1</sup>.

Les sténoses peuvent se présenter sous la forme d'**anneaux cicatriciels** formant une sorte de diaphragme dont la saillie apporte un obstacle à l'issue des sécrétions utérines qui s'accumulent au-dessus. L'anneau est souvent incomplet, en forme de croissant ou de **bande falciforme**, tendue au-devant du museau de tanche qui en est tout à fait masqué, et qui n'est accessible au toucher qu'à travers ce rideau membraneux (fig. 465). Certaines **déviation utérines** paraissent reconnaître cette cause ; j'en ai observé plusieurs exemples. Il y a presque toujours en même temps de la **métrite**, causée sans doute par l'obstacle apporté au drainage normal de la cavité utérine. Le rétrécissement peut être si étroit que l'orifice qui donne passage aux règles n'est découvert qu'avec difficulté.

Le **traitement** des imperforations ou **atrésies acquises** se confond avec celui des atrésies congénitales. On peut avoir à créer un vagin artificiel dans le seul but de permettre le coït (voir livre XVI, chap. II), ou à porter remède à de graves accidents de rétention. (voir livre XVI, chap. III).

Les brides cicatricielles, donnant lieu à de simples rétrécissements ou **sténoses**, nécessitent l'intervention du chirurgien dans trois circonstances différentes : en dehors de l'état de gravidité de l'utérus, pendant la grossesse, et au moment du travail.

**1° En dehors de la grossesse.** Ce n'est pas seulement pour faciliter les rapprochements sexuels que l'on doit faire disparaître ces lésions. Elles jouent le rôle de véritables corps étrangers qui sont le point de départ d'actions réflexes, et amènent des douleurs et des métrorrhagies.

Le moyen le plus simple de diviser ces brides est de les soulever avec le doigt sans le secours du spéculum, mais en abaissant, s'il est nécessaire, le col ou les parties voisines avec des pinces ; on les sectionnera ensuite, à petits coups, avec de longs ciseaux, en prenant bien garde de ne pas entamer la paroi vaginale<sup>2</sup>. Ces **sections** pourront être faites en plusieurs temps et être suivies de la **dilatation** du vagin, d'abord avec un tamponnement à la gaze iodoformée, puis

<sup>1</sup> E. KENNEDY. *Loc. cit.*, p. 95.

<sup>2</sup> GUÉNIOT. *Arch. de tocol.*, 1886, p. 195.

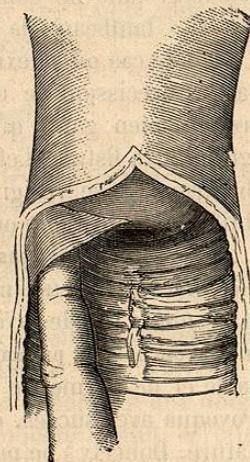


Fig. 465. — Bande cicatricielle falciforme, allant de la paroi vaginale au col de l'utérus ; elle est soulevée par un doigt. (Barnes.)

Cicatrices

Déviation utérines.

Métrite.

Traitement.

En dehors de la grossesse.

Section. Dilatation.

avec des cylindres de caoutchouc, ou avec les boules de Bozeman qui servent à la dilatation du canal dans le traitement préliminaire de la fistule vésico-vaginale. Plus tard, on fera bien, dans certains cas, de placer un pessaire de Dumontpallier ou de Hodge, de manière à étaler les parois du vagin. Si l'on se trouvait aux prises avec une masse inodulaire très épaisse et très étendue, le mieux serait de l'exciser, puis de combler la perte de substance par l'autoplastie, avec des lambeaux de muqueuse saine disséqués dans le voisinage<sup>1</sup>.

Dans le cas où il existe, en même temps que des cicatrices vaginales rétrécissant le canal, une fistule vésicale ou rectale, il faut prendre bien garde que la destruction du rétrécissement ne puisse agrandir la fistule. Cette circonstance doit même parfois décider le chirurgien à se résigner au traitement indirect de la fistule, par oblitération du vagin ou colpoceclisis.

2° **Pendant la grossesse.** — Les rétrécissements ou sténoses du vagin chez une femme enceinte soulèvent de graves questions opératoires. La première est de savoir si l'on doit provoquer un avortement ou un accouchement prématuré ou simplement essayer de détruire l'obstacle et de permettre à la grossesse de suivre son cours. Oldham<sup>2</sup> provoqua avec succès, dans un cas de ce genre, l'accouchement prématuré. Doherty<sup>3</sup> ne put s'y résoudre et vit sa malade succomber. Churchill<sup>4</sup> se prononce pour cette intervention, afin d'éviter la rupture de l'utérus et du vagin, qui a été la conséquence fréquente de la temporisation. Toutefois, il faut d'abord s'assurer que par la section progressive des brides cicatricielles on n'arrive pas à obtenir une dilatation suffisante. Il faut aussi ne pas perdre de vue qu'au moment de l'accouchement le ramollissement des tissus rend souvent très dilatables des cicatrices qui auparavant paraissaient inextensibles.

3° **Au moment du travail.** — Du reste, il peut se faire qu'on ignore l'état du vagin, au moment de l'accouchement et qu'on se trouve alors en présence de l'obstacle. Dans les cas où la dilatation spontanée est manifestement impossible, Churchill, à l'exemple de Doherty, recommande de faire des incisions vaginales, au risque de les voir dégénérer en déchirures et en fistules. Il faut, dit-il, avoir ensuite recours, au besoin, à la craniotomie. Les manœuvres qu'elle nécessite dans un vagin très étroit et très friable ne sont pas elles-mêmes sans

<sup>1</sup> HARRIS (de Paterson). *Amer. Journ. of Obstet.*, 1882, p. 888. — CREDE. *Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXIII, p. 259.

<sup>2</sup> OLDHAM. *London med. Gaz.*, 1849, t. X, p. 45.

<sup>3</sup> DOHERTY. *The Dublin Journ.*, 1842, t. XXI, p. 67.

<sup>4</sup> FLEETWORD CHURCHILL. *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. franç. par LEBLOND, Paris, 1881, p. 151.

Autoplastie.

Pendant la grossesse. Avortement et accouchement prématuré.

Section progressive.

Au moment du travail.

Incisions vaginales.

Craniotomie.

danger. On devra préférer souvent, je crois, l'opération de Porro<sup>1</sup> qui mettra définitivement la femme à l'abri de nouveaux dangers. Elle est, à ce point de vue, préférable à l'opération césarienne. L'opération de Porro s'imposerait absolument, si le rétrécissement vaginal était trop étroit pour permettre le libre écoulement des lochies qui est indispensable après l'opération césarienne, et surtout si, comme dans un cas de Lévy, l'oblitération complète du vagin dans une grande étendue était survenue pendant la grossesse<sup>2</sup>.

### Corps étrangers du vagin.

Les corps étrangers les plus divers ont été introduits et ont séjourné dans les voies génitales : pessaires, éponges, tampons, bobines, étuis, pots de pommade, flacons, verres, canules, crayons, épingles à cheveux, etc. Des vers intestinaux et des insectes ont aussi pu y pénétrer et occasionner des accidents.

**Étiologie.** — C'est parfois en jouant que les enfants s'introduisent ainsi des objets dans les voies génitales. Mais le plus souvent, il s'agit de corps servant à la masturbation qui échappent aux doigts qui les tiennent et sont entraînés dans la profondeur. Enfin, certains corps étrangers, comme des canules brisées, des fragments de spéculums de verre, ont été laissés dans le vagin par inadvertance. Il est rare qu'un corps étranger pénètre par le rectum ou par la vessie, après avoir perforé ou ulcéré la paroi vaginale.

**Symptômes et marche.** — Si l'objet est lisse, non poreux, il peut demeurer longtemps aseptique et être toléré; c'est le fait des pessaires métalliques ou en gomme durcie. Toutefois, la pression continue sur le même point finit par ulcérer les tissus, et alors le corps étranger les entame et s'y enchatonne, pour ainsi dire. J'ai vu un exemple de ce fait, fréquent autrefois et mentionné par plus d'un auteur : un pessaire avait été oublié et enseveli dans une certaine étendue sous la muqueuse qui passait au-dessus de lui à la ma-

<sup>1</sup> PORRO. *Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo*. Milan, 1876.

<sup>2</sup> Si l'oblitération complète du vagin n'occupe pas une grande étendue de ce canal et forme un obstacle d'une médiocre épaisseur, on n'hésitera pas à le sectionner, comme s'il s'agissait d'une bride. C'est ce qu'a fait avec succès le professeur PINARD dans le fait suivant qu'il a bien voulu me communiquer : jeune femme ayant déjà accouché, amenée à la Maternité de Lariboisière, en travail; on trouve une oblitération complète du vagin siégeant à sa moitié supérieure (cette femme s'est fait tous les jours pendant un mois des injections de vinaigre pour se faire avorter, au troisième mois de sa grossesse); pendant la période d'expulsion, le professeur PINARD remarqua qu'en un endroit la membrane cicatricielle était très mince; il la perfora avec l'hystéromètre, puis dilata l'ouverture avec les doigts, et l'accouchement se fit sans accident; on put constater ensuite la persistance d'un diaphragme cicatriciel, irrégulier au niveau de l'atresie primitive.

Opération de Porro et opération césarienne.

Étiologie.

Symptômes et marche. Tolérance.

nière d'un pont; pour l'extraire, on dut inciser cette sorte d'opercule.

Calcification.

Dans d'autres circonstances, le corps étranger devient tolérable par un mode particulier qui rappelle le processus de guérison de quelques néoplasmes, la *calcification*. Des objets pointus, comme des épingles, sont ainsi ensevelis dans une épaisse gangue qui empêche leur action vulnérante. Getschell<sup>1</sup> a observé un de ces calculs, qui rappellent ceux qui se forment dans la vessie, en pareilles circonstances. Peut-être, il est vrai, certains des faits de prétendues pierres vaginales, cités dans les vieux auteurs, ne sont-ils que des fibromes utérins calcifiés, ou encore des calculs vésicaux, ayant ulcéré la paroi vaginale.

Accidents.

Si l'objet est poreux, il s'infecte et peut déterminer des accidents d'*inflammation* suppurative ou d'*ulcération* progressive qui le fait cheminer au loin. On a retiré une épingle à cheveux qui avait séjourné 16 ans dans le vagin et qui avait provoqué une fistule vésico-vaginale<sup>2</sup>. J'ai vu, en 1887, dans le service de Freund, à Strasbourg, une femme qui souffrait depuis 10 ans, après un avortement provoqué par l'introduction dans l'utérus, par le vagin, d'une épingle à cheveux. La laparotomie fit découvrir un pyo-salpinx, et, accolée à la poche suppurée, l'épingle, rongée de rouille.

On a, en effet, observé, soit immédiatement, soit très tardivement, des *suppurations pelviennes* et de la *péritonite*<sup>3</sup>.

L'irritation que produit, autour de lui, un corps étranger d'un certain volume peut amener un *rétrécissement* circulaire du vagin. Breisky<sup>4</sup> a vu une oblitération presque complète de ce canal au-dessous d'une bobine, qui s'était, pour ainsi dire, enkystée dans la partie supérieure du vagin.

Sauf des cas exceptionnels, le séjour des corps étrangers, même tolérés, amène un *écoulement leucorrhéique* plus ou moins abondant qui peut devenir purulent et fétide et s'accompagner d'*hémorrhagies*. Celles-ci proviennent bien moins de l'ulcération des parois du vagin, que de la muqueuse malade de l'utérus, qui a été contaminée par l'infection vaginale.

Diagnostic.

Le *diagnostic* peut être assez difficile, quand l'objet est enfoui dans les tissus ou masqué dans un rétrécissement; il ne faut jamais, du reste, compter sur les aveux ou sur les souvenirs de la malade. L'exploration avec le stylet aidera le toucher vaginal; le toucher rectal sera souvent d'une grande utilité.

<sup>1</sup> F. H. GETSCHELL. *Philad. med. Times*, juill. 1875, p. 655.

<sup>2</sup> L. ATTHILL. *Med. Press and Circ.*, 1881, t. XXXI, p. 291.

<sup>3</sup> LÉONARD. *Progrès méd.*, sept. 1884, p. 167.

<sup>4</sup> BREISKY. *Die Krankh. der Vagina (Deutsche Chir., Stuttgart, 1886, p. 175)*.

Traitement.

Le *traitement* consistera d'abord à extraire le corps étranger, puis à guérir les lésions qu'il a provoquées.

Les petits objets libres dans les culs-de-sac, tels que les insectes, les vers intestinaux, les graines, etc., seront chassés, sans difficulté, à l'aide d'abondantes irrigations, faites au travers d'un spéculum qui maintient les parois du canal béantes. S'il y a un rétrécissement du vagin au-dessous d'un corps dur et arrondi, on pourra le lui faire franchir, en agissant avec le doigt par le rectum.

Il est généralement plus facile, après avoir reconnu la situation de l'objet par l'application du spéculum, de ne pas s'en servir, durant les manœuvres d'extraction. Toutefois, on se trouvera bien, dans certains cas, de déprimer la fourchette avec une valve plate, très courte.

On glissera les pinces le long du doigt introduit jusque sur le corps étranger; s'il y a des brides qui le retiennent, on les incisera avec les ciseaux, en se guidant aussi sur l'index plutôt que par la vue. Pour les épingles à cheveux, qui constituent une classe importante de corps étrangers, on se souviendra que leurs pointes sont, presque toujours, dirigées en avant et ont pu s'implanter dans la paroi vaginale, ce qui nécessite d'abord leur dégagement. S'il s'agit de corps volumineux et couverts d'aspérités, on n'opérera des tractions sur eux qu'après les avoir saisis dans une large tenette ou après avoir protégé les parois vaginales avec des rétracteurs ou de petites lames de carton. Si l'objet est très gros, mais lisse, une pince à faux germe sera très commode. Enfin, pour les corps volumineux, on pourra, s'ils sont pierreux, les égruger avec les instruments inventés pour évier les gros calculs vésicaux; s'ils sont seulement très durs, on pourra utiliser l'instrument appliqué, par Segond, à l'extraction des gros polypes.

On désinfectera soigneusement la cavité vaginale par des injections et des tamponnements antiseptiques et, en particulier, le diverticule qui logeait le corps étranger. Enfin, on aura presque toujours à traiter consécutivement la *métrite* par le curettage.