

tion que l'on doit faire entre une poche formée par la simple dilatation de l'urèthre et un kyste préexistant, mais entré en communication avec le canal uréthral soit à la suite d'un processus ulcératif ou nécrotique, soit par formation congénitale.

## PLAIES DU VAGIN

Les plaies du vagin sont toujours le résultat de violences directes, intentionnelles ou accidentelles ou même causées par la maladresse du chirurgien. J'ai eu l'occasion d'observer un nombre considérable de ces lésions traumatiques, et quelques-uns de ces cas étaient d'un grand intérêt, aussi bien au point de vue chirurgical qu'au point de vue médico-légal.

J'ai observé ainsi deux accidents où la lésion provenait de chutes sur une tige verticale, chutes faites dans la position demi-assise. Dans les deux cas c'est le cul-de-sac postérieur qui avait été perforé, et je crois que le péritoine était intéressé; mais, comme l'un des deux accidents fut suivi de guérison, cette dernière hypothèse n'est pas absolument certaine.

Dans le second cas, la mort survint par péritonite le cinquième jour après l'accident et nous constatâmes dans la cavité abdominale la présence d'un petit fragment des vêtements de la malade. Aucun autre organe n'était lésé. J'aurais dû opérer cette malade par laparotomie et à l'avenir je n'hésiterai pas à le faire.

Nous avons parfois l'occasion d'observer des ruptures vaginales assez étendues, survenues pendant le coït, lorsque le pénis est disproportionné avec le vagin; le seul danger de cet accident est l'hémorragie, car elle peut devenir très sérieuse; la guérison de ces lésions peut être retardée par la reprise trop hâtive des rapports sexuels. J'ai déjà mentionné le cas qui me fut envoyé il y a quelques années par M. Hammond Smith, où il existait une large fistule recto-vaginale

qui était la conséquence d'une maladresse extraordinaire du mari pendant la nuit de noces.

Parmi les traumatismes du vagin, les plus fréquents sont les lésions faites en cherchant à déterminer l'avortement. Cette manœuvre est devenue très fréquente dans nos centres manufacturiers, et la difficulté d'obtenir des preuves certaines rend infructueux tous les efforts de la police pour l'enrayer. Les instruments employés dans ce but sont presque toujours malpropres et dangereux, de sorte que la mort survient fréquemment à la suite de plaies traversant le vagin et intéressant le péritoine. Comme les blessures qui en résultent sont toujours très petites, que l'examen médico-légal est toujours pratiqué plusieurs jours après l'accident, leur recherche exige les soins les plus minutieux. Elles siègent presque toujours derrière l'utérus.

J'ai observé il y a quelques années un cas horrible de traumatisme vaginal; il s'agissait d'un homme qui tua sa femme, pendant qu'elle était endormie sous l'influence de l'alcool, en lui enfonçant sa canne dans le vagin, à travers le cul-de-sac postérieur, le foie et le diaphragme. Différents autres viscères furent lésés et la mort survint par shock et hémorragie. Le coupable comparut naturellement devant la cour de justice, et, si peu croyable que cela puisse paraître, il se trouva un médecin distingué, qui prétendit que les lésions étaient dues à un suicide. Le jury néanmoins condamna l'accusé pour meurtre.

On a décrit quelques cas, et il est à espérer qu'ils deviendront de plus en plus rares, où les lésions vaginales provenaient de manœuvres obstétricales, exécutées par des chirurgiens maladroits, ou dont l'habileté avait été mise en défaut par leur intempérance. J'ai eu le malheur de voir un cas semblable, dans lequel une des branches du forceps avait été poussée à travers le cul-de-sac postérieur; les efforts expulsifs avaient chassé les anses intestinales à travers la



plaie et l'autopsie prouva que le praticien devait avoir enlevé presque la totalité des intestins, en les détachant du mésentère et en arrachant en plus le péritoine des reins et des parois abdominales postérieures.

Le vagin peut se rompre pendant l'accouchement lorsqu'il existe une disproportion marquée entre le canal et la tête fœtale, et en plus il n'est pas douteux que M. Mac Clintock a raison lorsqu'il nous dit que « le vagin a été déchiré à mainte occasion pendant l'introduction de la main dans l'utérus pour pratiquer la version, ou pour rectifier quelque mauvaise position réelle ou supposée de la tête fœtale. »

Le traitement de toutes ces ruptures a été nettement formulé par le D<sup>r</sup> Mac Clintock, et il n'y a, suivant moi, rien à ajouter à ce qu'il dit à ce sujet. « Après nous être assurés qu'aucune partie du contenu abdominal ne s'est engagée à travers la déchirure, nous devons nous efforcer de ramener les bords de la plaie en contact aussi parfait que les circonstances le permettent. » Détacher les anses intestinales prolapsées est injustifiable dans tous les cas, car on ne doit jamais oublier l'observation bien connue du D<sup>r</sup> Mac Keever, dans laquelle environ quatre pieds d'anses intestinales étaient en prolapsus et ne purent être réintégrés dans la cavité abdominale; elles furent laissées en place, se gangrénèrent et la malade guérit avec un anus contre nature s'ouvrant dans le vagin.

Dans les cas d'entéro-colpocèle ancienne et irréductible, la paroi peut se rompre par un effort subit et violent et les intestins s'échappent en dehors, comme dans un cas relaté par le D<sup>r</sup> Fehling, de Leipsig (1).

#### CORPS ÉTRANGERS DU VAGIN.

Les corps étrangers, que l'on a occasion de rencontrer dans la cavité vaginale, sont ceux qui y ont été placés par les pra-

(1) *Archiv. für Gynäcologie*, Vol. VI, page 103.

tiques maladroites de jeunes femmes dans une intention libidineuse, ou ceux qui ont été introduits par le praticien et oubliés par l'inattention et la négligence de la malade. Dans le premier cas les objets les plus extraordinaires peuvent se rencontrer, cheveux, cure-dents, pinceaux à barbe etc., qui parfois séjournent depuis des années dans cette retraite inattendue, jusqu'à ce que quelque accident décide la malade à réclamer les soins que la honte de sa conduite l'empêchait de rechercher plus tôt.

J'ai rencontré plusieurs fois des malades, chez lesquelles des pessaires de toute espèce avaient été abandonnés pendant des années dans le vagin, jusqu'à ce qu'il fût survenu des accidents sérieux, dus à leur présence; par conséquent, lorsque l'on institue un pareil traitement, on doit toujours employer des pessaires que la malade puisse enlever et replacer elle-même, ou bien on doit toujours lui recommander de se présenter de temps en temps à la consultation.

Il y a quelques années, une femme vint chez moi dans un état déplorable dû à la présence d'un anneau qu'elle avait porté pendant dix-sept années, sans l'enlever une seule fois pendant tout ce temps. C'était une de ces boules évidées en bois, fermée à son extrémité par une tige vissée. Cette tige s'était échappée et la paroi vésico-vaginale s'était introduite dans la cavité en formant une sorte de polype intérieur. L'extérieur était recouvert d'une coque calcifiée d'environ un demi pouce d'épaisseur, de sorte qu'il était non seulement difficile d'enlever ce pessaire, mais qu'il était presque impossible de déterminer la nature de ce corps étranger. Je le brisai au moyen du lithotriteur et je l'enlevai pièce par pièce, en découvrant pendant l'opération le faux polype dépendant de la vessie; cette dernière n'était heureusement pas lésée.

Une autre malade, Irlandaise très bornée, ne revint chez moi que deux ans après que je lui avais placé un pessaire de soutien pour une énorme entéro-colpocèle, et je trouvai qu'il s'é-



tait produit deux larges perforations, l'une dans le rectum, et l'autre dans la vessie. Néanmoins elle était pleinement satisfaite de son état actuel et elle déclina toute intervention opératoire.

Les pessaires en forme d'anneaux ne sont pas davantage exempts de ce danger, lorsqu'on les néglige ou lorsqu'on les oublie dans le vagin.

En somme je n'ai plus grande confiance dans l'emploi des pessaires, car j'ai reconnu qu'ils avaient presque autant d'inconvénients que d'avantages, et j'ai abandonné leur usage chez les femmes ignorantes qui constituent la majorité de notre clientèle hospitalière; même dans la pratique privée je les emploie de moins en moins ainsi que j'aurai encore l'occasion de le dire.

#### FISTULES VAGINALES

Les fistules vaginales, lorsqu'elles ne sont pas dues à une ulcération cancéreuse, sont toujours causées soit par une déchirure des parois, soit, ce qui est la cause de beaucoup la plus fréquente, par la pression continue et prolongée de quelque instrument ou de la tête fœtale pendant l'accouchement. La plupart de ces accidents sont dus à la négligence de la parturiente ou de son entourage qui ne réclame pas à temps l'assistance nécessaire ou à une hésitation inexcusable de l'accoucheur, qui retarde trop longtemps son intervention opératoire. Néanmoins l'accident semble parfois inévitable; l'accouchement a été de courte durée et malgré cela il se forme une nécrose plus ou moins étendue, qui plus tard donne lieu à une fistule. Dans un cas, contre lequel vinrent échouer toutes mes tentatives de restauration et même d'amélioration, le vagin tout entier avait été détruit par une nécrose étendue de sorte que le rectum, l'utérus et les uretères aboutissaient tous dans un cloaque commun, d'environ deux pou-

ces de profondeur et tapissé de parois d'une dureté cartilagineuse. Dans ces conditions les lésions sont trop étendues et trop considérables pour qu'il soit facile d'y porter remède.

Chez les multipares, les fistules ont un caractère un peu différent, car elles proviennent de la compression de la vessie entre la tête fœtale et l'angle aigu de la symphyse pubienne. La partie nécrosée est alors peu étendue et elle siège assez haut; elle aboutit à la forme la plus fréquente des fistules vaginales et son orifice ressemble à une perforation produite par la ponction. Si l'orifice s'ouvre dans la cavité cervicale, nous obtiendrons la variété utéro-vésicale.

Le traitement opératoire de ces dernières fistules présente parfois de véritables difficultés; dans un cas, pour lequel j'assistais Sir *James Simpson*, il fut obligé comme dernière ressource de fermer l'orifice externe du col utérin et d'établir le passage des règles à travers la vessie. Ce procédé ne présente d'ailleurs aucun inconvénient, tandis qu'il a du moins l'avantage de prévenir la production d'une nouvelle fistule. Dans un cas analogue relaté par *M. J. R. Lane*, sa malade devint enceinte, quoique l'opération eut été selon toute apparence très complète. La proposition de *Jobert de Lamballe* consistant à débrider la fistule, pourra rendre parfois de grands services. Je trouve mentionnés aussi plusieurs cas de fistules uréthro-vaginales, un entr'autres dans la pratique de *Bozeman*, qui était survenu après la lésion de l'urètre par l'aiguille dans le cours d'une opération de fistule utéro-vésicale.

J'ai vu encore une malade du professeur *Simon* de Heidelberg, chez laquelle existait une fistule uréthrale en communication avec la cicatrice médiane d'une ancienne ovariectomie; il la traita par la méthode radicale de l'extirpation du rein correspondant.

Ce cas est d'ailleurs relaté dans un de ses volumes (1).

(1) *Chirurgie der Nieren*, Erlangen, 1871.