

§ 16. — Des maladies communes à toutes les parties de la vulve.

Les principales maladies qui affectent toute l'étendue de la vulve ou qui peuvent se manifester sur chacun de ses points sont l'érysipèle, les dartres, les ulcères et les excroissances vénériennes, les tumeurs cancéreuses.

— L'érysipèle de la vulve n'est pas fort rare : tantôt il commence à cette partie même, tantôt il s'étend des parties voisines jusqu'à elle. Ce qu'il offre de particulier est le gonflement qu'il détermine dans les grandes et les petites lèvres, la cuisson vive qu'il provoque, la suppuration et les eschares superficielles qui le terminent dans beaucoup de cas. Cette inflammation est quelquefois le résultat des premières approches de l'homme ; dans quelques circonstances, les parties déchirées s'ulcèrent, une matière muqueuse découle de la vulve, et quelques chirurgiens ont été induits en erreur au point de prendre cette affection pour une maladie vénérienne. Le traitement n'exige rien de particulier, si ce n'est de prévenir l'adhérence vicieuse des parties enflammées, en recommandant les injections fréquentes dans le vagin, ou même en y plaçant un corps cylindrique trempé dans une forte décoction de graine de lin, plutôt qu'en enduisant les parties d'un corps gras, toujours nuisible dans les affections érysipélateuses.

— Les dartres de la vulve s'étendent ordinairement à la face interne et supérieure des cuisses. La démangeaison qu'elles causent est extrêmement incommode ; souvent un écoulement muqueux et âcre a lieu par le vagin ; l'excrétion de l'urine et le coït provoquent des douleurs très-vives. Le traitement qui convient aux dartres en général est applicable aux dartres de la vulve (1).

(1) Les dartres de la vulve dont Boyer parle ici sont l'eczéma chronique de cette partie. Cet eczéma, qui ne diffère en rien de celui des autres parties du corps, est remarquable par le prurit qu'il occasionne, prurit porté quelquefois à un point tel que les malades s'écorchent en se grattant, et n'éprouvent de soulagement que par l'écoulement du sang qui résulte des écorchures qu'elles se font. J'ai vu les excoriations produites par cet eczéma donner lieu à l'adhérence des grandes et des petites lèvres, de sorte que la vulve avait perdu sa conformation normale.

— Les chancres vénériens peuvent se manifester sur tous les points de la vulve ; ils ressemblent beaucoup par leur forme et leur développement à ceux de la verge. Quelquefois ils sont accompagnés d'un tel gonflement des grandes et des petites lèvres, que l'entrée du vagin et celle de l'urèthre sont entièrement fermées. Ces chancres ont parfois une marche très-rapide, et dans un espace de temps fort court, ils sillonnent profondément et détruisent en partie les grandes et les petites lèvres. Dans quelques cas, ils percent l'urèthre ou la paroi recto-vaginale. Le traitement de ces ulcères est le même que celui des chancres de la verge. Lorsqu'ils occupent la fourchette, il est convenable d'y placer un petit tampon de charpie ou un morceau d'éponge, afin d'absorber les liquides, qui, s'accumulant sur ce point, favoriseraient les progrès de l'ulcération.

— Les excroissances syphilitiques de la vulve sont les mêmes que celles de la verge ; elles demandent le même traitement (1).

— Quant aux tumeurs cancéreuses de cette partie, l'ablation et la cautérisation sont les seuls moyens de les guérir lorsque le mal est local. Ces moyens ne réussissent pas toujours, et j'ai vu plusieurs fois les tumeurs reparaitre après l'extirpation, avec les signes généraux de la cachexie cancéreuse.

ARTICLE II.

*Maladies des parties intérieures de la génération.*

Ces maladies attaquent le vagin, l'utérus et ses annexes, tels que les ovaires, les trompes de Fallope et les ligaments larges. Il ne sera question ici que des maladies du vagin et de celles de la matrice.

(1) Voir, pour les maladies syphilitiques des parties extérieures de la génération, tome II, p. 921 et suiv., 989 et suiv., 1011 et suiv.



§ 1. — Des vices de conformation et des maladies du vagin.

1<sup>o</sup> Vices de conformation du vagin.

Ils sont nombreux et variés; les principaux sont l'ouverture du vagin dans le rectum, son étroitesse congénitale ou accidentelle, son imperforation.

*De l'ouverture du vagin dans le rectum.*

L'ouverture du vagin dans le rectum n'a été observée qu'un petit nombre de fois. On en trouve un exemple dans le *Journal des savants* pour l'année 1777, un autre dans les *Mémoires de Berlin* pour l'année 1774; Louis en a rapporté un troisième dans une thèse soutenue sous sa présidence aux Ecoles de chirurgie. Nous le transcrivons tout entier. «*Alia imperforationis APPARENTIS species hic manet recensenda, de qua non ita pridem Parisiis vidimus exemplum notatu dignum, vernacule in Academiarum commentariis non tradendum, ob verecundiam de re pudenda servandam. Adolescentula in qua nullum vulvæ et vaginæ vestigium, per anum purgationes menstruas patiebatur: eam vir quidem adamavit, et huic qua data via se commisit, non tangenda transiliens vada. Quod alibi nefanda fuisse fæditas, in hoc casu fuit secundum naturæ intentum. Gravida enim facta, fætum tempore opportuno enixa est, lacerato ani sphinctore. An uxore sic disposita uti fas sit? Judicent theologi morales*» (1).

(1) On trouve dans la science d'autres exemples d'ouverture du vagin dans le rectum. Barbaut rapporte, dans son *Cours d'accouchements*, que de l'année 1739 à l'année 1775, il y a eu deux exemples d'accouchements par le rectum. Dans les deux cas, les règles coulaient par le rectum; dans l'un d'eux, la mère de la femme soutenait que sa fille ne pouvait devenir enceinte, parce que ses règles coulaient par l'anus. Dans un cas, le périnée se déchira; dans l'autre, on le fendit avec un bistouri. Portal parle d'une fille qui rendait ses règles par l'anus; elle devint enceinte, et au moment de l'accouchement, le périnée se tendit et se déchira. On trouve d'autres exemples dans la *Bibliothèque de Richter* et dans les *Annales de médecine* de Montpellier.

On a vu le vagin s'ouvrir dans la vessie; Maret, de Dijon, en cite un exemple.

*De l'étroitesse du vagin.*

L'étroitesse du vagin peut être congénitale ou accidentelle, s'étendre à toute la longueur de ce conduit, ou n'en occuper qu'une portion et particulièrement son orifice. Cet état ne met point obstacle à l'écoulement du sang des règles, et le plus souvent il n'est reconnu qu'à l'époque où la femme veut se livrer aux plaisirs de l'amour. Le chirurgien doit avant tout chercher à connaître si l'étroitesse du vagin est bornée à l'orifice ou étendue à tout ce conduit. A cet effet, il y introduit une sonde à la profondeur de deux pouces, et lui imprime des mouvements de côté et d'autre, en haut et en bas: si ces mouvements sont faciles, il juge que les parois du vagin sont molles, flexibles, et qu'elles laissent entre elles l'écartement nécessaire derrière l'orifice rétréci. Il incise l'entrée du conduit à droite et à gauche dans une étendue convenable avec un bistouri droit, à lame étroite et boutonée; il place ensuite une mèche de charpie qu'on renouvelle plusieurs fois dans la journée et dont l'usage est continué jusqu'à l'entière cicatrisation des plaies. J'ai rencontré deux fois ce vice de conformation, et j'y ai remédié par l'opération dont je viens de parler.

L'étroitesse accidentelle de l'orifice du vagin est produite par diverses causes. Un accouchement laborieux (1), des pustules varioliques, des ulcères vénériens, l'emploi inconsidéré des injections astringentes après l'accouchement: telles sont les circonstances qui, dans la plupart des cas, ont donné lieu à cette affection, et dont la manière d'agir est à peu près semblable; l'inflammation des parties ulcérées ou déchirées, contiguës entre elles, leur permet de contracter les adhérences qui produisent ce rétrécissement.

Les effets de ce resserrement accidentel du vagin sont les mêmes que ceux du rétrécissement congénital: le sang menstruel peut s'écouler au dehors, mais l'intromission du pénis est impossible. Les remèdes à employer sont aussi les mêmes; seulement, après avoir incisé les adhérences, il faut insister pendant un temps plus long sur les moyens propres à prévenir une nouvelle coarctation.

(1) Saviard, obs. 32, p. 129.



On juge que le rétrécissement occupe toute la longueur du vagin, lorsqu'une sonde introduite dans cette partie y est gênée et ne peut être mue d'aucun côté. Le plus souvent cette étroitesse du vagin dans toute son étendue est un vice de première conformation; quelquefois, mais rarement, elle est le résultat des mêmes causes qui produisent le rétrécissement partiel. Quoiqu'elle ne permette pas l'intromission du pénis, elle n'empêche pas toujours que la fécondation ait lieu.

Autant il est aisé de remédier au rétrécissement d'une partie du vagin, autant il est difficile de faire cesser celui qui occupe toute la longueur du canal. Si l'on a recours à l'instrument tranchant, l'opération est très-laborieuse et son résultat fort incertain. On risque de blesser la vessie ou le rectum, comme il est arrivé à Roonhuysen, qui l'avoue avec candeur dans ses observations. Enfin, dans le cas où cette dilatation aurait été opérée, il serait d'une extrême difficulté de maintenir la voie suffisamment large. Les moyens dilatants sont bien préférables; leur succès, à la vérité, peut n'être pas durable, mais au moins ils n'offrent aucun danger, et on pourrait, s'il était nécessaire, revenir à leur emploi une ou plusieurs fois. Assez souvent ces moyens ont eu un plein succès. Benevoli rapporte l'observation d'une femme dont le vagin, rétréci dans toute sa longueur, était tellement étroit qu'on ne pouvait y introduire qu'avec beaucoup de peine une plume à écrire de moyenne grosseur. Cette femme était mariée depuis trois mois: le mariage, n'ayant pu être consommé, devait être rompu d'après les lois existantes, et l'époque fixée pour cela était prochaine. Benevoli entreprit de rendre cette femme apte à remplir le devoir conjugal. La cause du rétrécissement du vagin n'était pas connue, et il est vraisemblable qu'il était congénital. Les parois du vagin étaient dures et presque calleuses. Benevoli prescrivit d'abord pendant plusieurs jours des fomentations émollientes; ensuite il introduisit jusqu'au fond du vagin un pessaire de racine de gentiane, semblable à ceux dont on se sert pour dilater l'orifice des fistules. Il remplaça ce premier pessaire par d'autres progressivement plus gros: le vagin fut dilaté au point de recevoir la moelle contenue dans les tiges du blé de Turquie. Ces diverses substances, en s'imprégnant des mucosités secrétées par le vagin, se gonflaient et distendaient les parois du canal. Benevoli employa plus tard des éponges préparées, et il faisait de temps à autre des injections pour cicatrifier les petites excoriations que les pessaires pouvaient produire. Le vagin avait pris une

largeur convenable lorsque Benevoli cessa de voir cette femme. Il lui recommanda de continuer l'usage des éponges pendant quelque temps, et il apprit d'elle que ses conseils avaient eu le résultat qu'elle désirait.

On trouve dans les *Mémoires de l'Académie des sciences* (1) une observation de rétrécissement du vagin qui a disparu sans aucun secours de l'art. Une femme mariée à l'âge de seize ans avait le vagin si étroit qu'un tuyau de plume d'oie ne pouvait y entrer; il n'était fermé par aucune membrane. A chaque époque menstruelle, on sentait dans la région de l'utérus une tension douloureuse, due sans doute à la difficulté avec laquelle le sang traversait le vagin, qui, au sentiment du chirurgien qui la traitait, semblait être plus étroit du côté de la matrice que vers la vulve. Indépendamment des souffrances qu'elle éprouvait pendant l'écoulement des règles, cette femme était tourmentée par un mari jeune et vigoureux qui espérait toujours se faire un passage et qui n'y réussissait pas. Enfin, au bout de onze ans, elle devint grosse sans que le mari cependant fût plus avancé que le premier jour. Son chirurgien était persuadé qu'elle ne pourrait pas accoucher par les voies naturelles; néanmoins, vers le cinquième mois, le vagin commença à se dilater et continua toujours depuis: de sorte qu'il prit à la fin une largeur ordinaire et que la femme accoucha fort heureusement. Le même recueil contient une observation qui offre avec celle-là une analogie remarquable (2). Une dame de Brest avait le vagin si étroit qu'à peine pouvait-il admettre un tuyau de plume; toutefois elle devint enceinte et accoucha, après trois heures de douleurs, d'un enfant gros et fort. La seule différence qui se trouve entre les deux faits, c'est que dans le premier le vagin commença à se dilater vers le cinquième mois, au lieu que dans le second la dilatation ne s'est faite qu'au moment des plus fortes douleurs, et qu'il a même fallu dilater les parties avec le doigt. Dans les deux cas, les seuls efforts de la nature ont suffi pour dilater le vagin et faciliter l'accouchement; mais il y aurait de l'imprudence en pareil cas à abandonner la femme aux seuls secours de la nature: aussi toutes les fois qu'une femme dont le vagin est rétréci au point de ne pas permettre l'introduction du pénis devient enceinte, on doit

(1) Ann. 1711, hist., p. 37.

(2) Ann. 1748, hist., p. 58.



de bonne heure chercher à dilater ce conduit par les moyens convenables, et ces moyens n'auraient pas dû être négligés dans les deux cas précités. S'ils ont été omis et que le travail de l'enfantement soit entravé par la disposition vicieuse du vagin, on devra recourir aux opérations qui paraîtront convenables et que la prudence permettra de pratiquer. Pineau parle d'une femme chez laquelle on fit une incision sur le côté du vagin pour favoriser l'accouchement. Cette opération doit être faite avec un bistouri conduit sur une sonde ou sur le doigt. Si l'introduction de la sonde ou du doigt n'était pas possible, le génie du chirurgien pourrait seul le guider dans ce cas difficile.

*De l'imperforation du vagin.*

On nomme ainsi l'occlusion de ce conduit par quelque cause que ce soit. Si le sang des règles ne peut pas s'écouler au dehors, l'imperforation est complète; elle est incomplète s'il sort avec difficulté: l'une et l'autre peuvent être congénitales ou accidentelles. On nomme imperforées les femmes chez lesquelles cette disposition se trouve.

L'imperforation ne produit aucun accident jusqu'à la puberté. A cette époque, si l'occlusion du vagin est complète, elle met obstacle à l'écoulement du sang; si elle est incomplète, les règles coulent, mais avec difficulté; le coït est impossible, mais la conception ne l'est pas, comme nous l'avons dit en parlant de l'angustie du vagin, qui peut être considérée comme une sorte d'imperforation incomplète.

— L'occlusion incomplète et accidentelle du vagin est fort rare; on en trouve un exemple dans les *Transactions philosophiques*, année 1732, p. 45. Une femme accoucha de deux enfants; à la suite de cet accouchement, les bords de l'orifice du vagin se réunirent si exactement, que les règles ne pouvaient plus passer. Huit mois après, elle eut une rétention d'urine produite par la compression que le vagin, distendu par le sang menstruel, exerçait sur l'urèthre et sur le col de la vessie. On ouvrit l'entrée du vagin par une incision cruciale qui donna issue à trois pintes de sang; la rétention d'urine cessa, et, dans l'espace de quelques moments, cette femme fut guérie d'une affection qui durait depuis un temps considérable (a).

(a) — Je crois devoir ajouter à l'observation d'occlusion accidentelle incomplète du vagin donnée par Boyer une observation semblable et trois observations d'occlusion accidentelle complète du vagin.

Jefferson White rapporte l'observation d'une négresse qui, ayant été atteinte de choléra spasmodique, fut traitée par un charlatan qui lui administra onze vomitifs avec la racine de lobélia et douze lavements avec le poivre rouge. Elle résista à la maladie et, ce qui est peut-être plus étonnant, au traitement. La plupart ou même la totalité des lavements avaient été introduits dans le vagin, au lieu de l'être dans l'anus: il en résulta une inflammation de la membrane du vagin, qui tomba en gangrène, et l'adhérence de ses parois, à l'exception d'un espace très-limité en arrière où l'on pouvait à peine introduire l'extrémité du petit doigt. M. Jefferson fit une incision d'un pouce et demi sur la cicatrice, près de l'orifice inférieur du vagin; puis disséquant avec précaution pour éviter la vessie et le rectum, et se servant de son doigt pour conducteur, il arriva, par une dissection laborieuse, à une profondeur de cinq pouces, et il trouva le col de l'utérus parfaitement libre dans la partie supérieure du vagin. A l'instant où le bistouri ouvrit la cicatrice, il s'écoula une quantité considérable de sang menstruel dont l'accumulation avait occasionné d'atroces douleurs. Le diamètre du canal fut maintenu au moyen d'une grosse bougie enduite de cérat jusqu'à parfaite cicatrisation. L'opération fut sans inconvénient, et depuis lors la menstruation s'est faite avec régularité.

Le professeur Flamand, de Strasbourg, a vu, en l'année 1821, une femme de campagne qui avait été accouchée par une sage-femme qui avait déchiré les parois du vagin. Depuis lors les règles n'avaient pas reparu, et comme son mari l'approchait toujours avec humeur, elle vint consulter le professeur Flamand. Il existait à l'entrée du vagin une petite ouverture qui permettait à peine l'introduction d'une sonde cannelée, et au-dessus il y avait une réunion des parois du vagin dans une étendue de quatre pouces. Il put cependant la détruire, et un an après elle accoucha d'un second enfant.

Lombard, de Genève, a vu une oblitération complète du vagin produite par une injection d'un demi-litre d'acide sulfurique faite pour produire l'avortement. Malgré l'incision de la cicatrice, l'accouchement ne put se faire, et il y eut rupture de l'utérus dans la cavité abdominale.



Le docteur Bæhm donne l'observation d'une femme, âgée de vingt-six ans, bien constituée et bien réglée jusqu'à sa vingt et unième année, qui, ayant momentanément quitté son lit pendant le cours d'une *febris nervosa stupida*, vit s'échapper de son vagin une grande quantité de pus fétide, et un lambeau membraniforme putréfié, long de six pouces, que la mère de la malade prit pour le résultat d'une grossesse clandestine. Après son rétablissement, les règles ne revinrent pas, et cette femme éprouva chaque mois, dans le bas-ventre et dans les reins, des douleurs très-prolongées qui ne céderent pas à divers moyens thérapeutiques et pour lesquelles elle consulta une sage-femme, qui reconnut que le vagin était oblitéré et qui prit conseil du docteur Bæhm. Celui-ci expliqua à la femme comment ses règles ne pouvaient pas couler et comment elle était impropre au mariage, et il lui dit qu'elle ne pouvait guérir que par une opération. Cette femme n'en crut rien, et elle se maria, espérant que le coït la guérirait. Mais il n'en fut rien, et au bout de deux ans son mari demanda sa séparation. Deux chirurgiens et deux sages-femmes déclarèrent la femme pour toujours impropre au mariage; toutefois le tribunal décida que les deux époux resteraient encore trois ans en ménage. Après deux ans de souffrances toujours croissantes, la malade, voyant une tumeur se former au-dessus du pubis et d'autres accidents survenir, se décida à l'opération. Le docteur Bæhm examina les parties au moment d'opérer. Il trouva, avec le doigt indicateur introduit dans le vagin à une profondeur de deux pouces, une membrane résistante ayant toute la consistance d'une cicatrice et adhérente à tout le pourtour du vagin. En écartant les grandes lèvres autant que possible, on pouvait la voir; on sentait derrière elle un corps très-dur: la vulve était dans son état normal. L'utérus, remonté à quatre travers de doigt directement au-dessus du pubis, formait une tumeur assez volumineuse. Par suite de ce déplacement en haut de l'utérus, la cavité du vagin était rétrécie et allongée de façon que l'espace sur lequel la section devait être faite était très-étroit et seulement accessible à l'extrémité du doigt indicateur. En mettant le doigt dans le rectum, on sentait au-dessus du sphincter une boule dure, grosse comme le poing, qui occupait toute la largeur du vagin, et dans la partie supérieure de laquelle on trouvait un corps dur qu'on pouvait juger être le museau de tanche. Le docteur Bæhm mit dans la partie libre du vagin une sonde de femme et refoula en arrière le plus possible le

rectum, puis il porta parallèlement à cette sonde un bistouri pointu sur la membrane accidentelle et la perça. De suite il s'écoula une livre de sang brunâtre, inodore et épais. Il mit alors le doigt indicateur gauche dans le vagin, et il conduisit sur lui un bistouri droit boutonné, au moyen duquel il incisa la cicatrice d'abord vers le rectum, puis vers la vessie. L'ouverture qu'il fit put admettre deux doigts, et elle lui permit de sentir le col de l'utérus. Il y avait entre le col utérin et la cicatrice une grande quantité de caillots sanguins endurcis, que des injections avec une infusion de serpolet firent sortir. Leur évacuation dura onze jours. Il fit porter à la malade un cylindre conique fait avec des compresses roulées et enduites d'un corps gras; il le renouvelait plusieurs fois par jour à cause des mucosités du vagin. Il n'y eut d'autre accident, après cette opération, qu'une douleur de ventre avec hoquet qui survint immédiatement après l'incision de la membrane et qui dura deux heures. Cette femme porta le cylindre de compresses pendant quatre semaines; vers la fin du traitement, elle ne le gardait que quelques heures par jour. Quand la guérison fut complète, le doigt indicateur pouvait être introduit librement dans le vagin; le col de l'utérus était resté adhérent aux parois du vagin; les règles coulaient librement tous les mois. Elle fut reprise par son mari.

— *L'imperforation congénitale incomplète* est ordinairement due à une mauvaise disposition de la membrane hymen. Tantôt cette membrane a une forme circulaire et est percée dans sa partie moyenne d'une petite ouverture; tantôt elle a la forme d'un croissant, et il part de sa partie moyenne une espèce de ligament qui va s'insérer au-dessous du méat urinaire. Ce ligament laisse de chaque côté une ouverture par laquelle on pourrait introduire une sonde dans le vagin. Cette ouverture donne passage au sang menstruel; mais elle ne saurait admettre le pénis. Je ne connais qu'un exemple de ce genre d'imperforation congénitale incomplète; il est rapporté par Smellie dans son *Traité des accouchements*. L'autre espèce est beaucoup plus fréquente; les auteurs racontent un assez grand nombre de faits qui s'y rapportent. Nous en citerons quelques-uns. Ruysch (t. I, obs. 22) dit qu'il fut appelé au secours d'une femme en travail dont l'hymen encore tout entier s'opposait à la sortie de l'enfant, qui le distendait avec sa tête. Après y avoir fait une incision avec les précautions convenables, il aperçut plus loin dans le vagin une autre membrane



épaisse qu'il incisa encore; après quoi l'accouchement s'acheva. Mauriceau (obs. 489) donne l'histoire d'une femme chez laquelle la conception avait eu lieu sans introduction du membre viril, comme il était facile de s'en convaincre d'après l'intégrité de la membrane hymen. Une jeune femme de dix-huit ans avait l'orifice du vagin fermé par une membrane si dure et si épaisse que son mari ne put la rompre, et qu'il fut lui-même atteint d'un paraphimosis. On reconnut pourtant que cette femme était grosse. La membrane hymen fut incisée, et l'accouchement eut lieu quatre mois après (1). La fécondation des femmes qui font le sujet de ces observations prouve que chez elles l'imperforation n'était pas complète, au moins dans le principe: on pourrait admettre, ce qui est peu probable, qu'elle l'est devenue accidentellement après l'imprégnation; mais il est plus vraisemblable que l'hymen offrait un orifice très-petit qui aura échappé à l'attention des observateurs que nous venons de citer, ou dont ils auront négligé de parler. On ne peut pas raisonnablement admettre que la conception ait lieu quand l'occlusion du vagin est complète. Dans le cas rapporté par Ruysch, où le vagin était bouché profondément par une seconde membrane, il est plus difficile de comprendre comment s'est faite la fécondation. Cet auteur suppose que la seconde membrane ne s'est formée que pendant la grossesse: cette supposition est assez ingénieuse, mais elle n'établit rien de positif, et l'on ne conçoit pas bien quelle circonstance aurait pu donner lieu à la formation de cette membrane lorsque l'occlusion de l'orifice du vagin éloignait toutes les causes connues d'inflammation (a).

(a) — J'ai vu une imperforation incomplète du vagin qui avait son siège dans la longueur de ce canal, à deux centimètres et demi au-dessus de son orifice, et qui paraissait dépendre d'une membrane hymen double, car l'orifice du vagin présentait des caroncules myrtiliformes, restes de l'hymen. Voici le fait.

Le 23 avril 1845, j'ai reçu à l'hôpital Saint-Louis une femme âgée de vingt et un ans, mariée depuis un an, qui me dit que depuis

(1) Guillemeau, *Traité des accouch.*, liv. xi, ch. 10, p. 141 et 142.

son mariage, son mari n'a pu pénétrer dans le vagin, et que chaque fois qu'il essaye, elle éprouve de vives douleurs. L'examen de la vulve me fait voir l'entrée du vagin très-étroite, comme chez une femme qui n'a pas eu d'enfants; à cette entrée, au fond de la vulve proprement dite, se trouvent les caroncules myrtiliformes. Je veux introduire mon doigt indicateur droit: la malade ressent de vives douleurs, et je m'aperçois que mon doigt entre dans un conduit très-étroit et juste à sa grosseur. Cependant je l'enfoncé, et je rencontre, à deux centimètres et demi, une cloison percée dans son milieu. Je pousse le doigt contre elle, et je la trouve trop résistante pour la rompre. Je mets alors mon petit doigt dans le vagin, et toute la partie unguéale pénètre dans l'ouverture de la membrane. Mon petit doigt a, dans cet endroit, un diamètre de douze millimètres. L'articulation, plus saillante, ne peut pénétrer. Je mets une mèche de charpie d'une grosseur proportionnée. Le lendemain 24 avril, j'avais le projet de mettre dans le vagin un *speculum ani*, pour voir la membrane; mais voulant auparavant reconnaître l'état des parties, j'introduis mon petit doigt, et ne croyant pas trouver une résistance moindre que la veille, je pousse assez fortement pour m'assurer de la force de la membrane; mais mon doigt pénètre en déchirant la partie de la cloison qui correspond à la paroi antérieure du vagin. En retirant mon doigt, je le trouve couvert d'un peu de sang; de suite, j'introduis mon doigt indicateur droit tout entier: son diamètre à sa base est de deux centimètres. Cette introduction très-douloureuse fait pousser des cris à la malade; le doigt est couvert de sang quand je le retire. Je fais mettre une mèche de la grosseur de mon doigt, et j'en augmente le volume chaque jour. Le 27 avril, j'examine de nouveau la malade: le doigt indicateur pénètre sans peine; alors j'introduis mon pouce, qui est plus gros de trois millimètres dans son diamètre; j'éprouve un peu de difficulté, et je le retire couvert de sang. Je mets dès ce moment de grosses mèches. Le 2 mai, les règles paraissent. Le 6 mai, j'examine la malade: le doigt indicateur entre sans la moindre difficulté, et je sens à peine le reste de la membrane sur la paroi postérieure du vagin. La malade est sortie de l'hôpital le 11 mai. Le vagin recevait très-aisément le pouce de ma main droite.

On lit dans le *Traité d'accouchements* de M. Cazeaux qu'en l'année 1837, il se présenta à l'hôpital des Cliniques de la Faculté de médecine de Paris une jeune femme arrivée au dernier mois de sa



grossesse. En pratiquant le toucher, on sentit que le doigt était arrêté à trois ou cinq centimètres de profondeur par une cloison parfaitement lisse et n'offrant aucune ouverture sensible au doigt. En l'examinant au speculum, on put s'assurer que l'obstacle qui arrêtait le doigt était une membrane adhérente aux parois du vagin, dont elle partageait transversalement la longueur en ce point; cette membrane présentait à peu près trois centimètres de diamètre. Vers son tiers supérieur et droit, on distinguait un pertuis par lequel suintaient quelques gouttes d'un liquide séro-purulent, et qui était tellement étroit qu'un stylet mousse ne put y pénétrer que très-difficilement: il fallut, pour le faire entrer, le diriger obliquement de bas en haut et d'avant en arrière. L'extrémité de l'instrument arriva dans une espèce de chambre postérieure où elle était libre. On craignit quelques accidents pour l'accouchement; mais il n'en fut rien. Cette femme fut prise tout à coup, pendant la nuit, de douleurs assez faibles pour qu'elle ne crût pas à un commencement de travail; mais vers cinq heures du matin, il survint deux douleurs très-énergiques et très-rapprochées qui suffirent à l'expulsion du fœtus. Les suites de couches furent très-heureuses. Quinze jours après, il fut constaté que la cloison avait été déchirée en trois lambeaux distincts, un inférieur et deux supérieurs. Ces lambeaux sont restés isolés.

— *Imperforation congénitale complète.* Elle se présente sous deux formes: tantôt l'orifice du vagin est fermé par une membrane plus ou moins épaisse qui n'est autre chose que l'hymen sans ouverture; tantôt le vagin manque en totalité ou dans une partie de sa longueur, et il n'y a à sa place qu'une substance solide fibreuse.

L'occlusion du vagin par l'hymen est la plus fréquente; les recueils d'observations sont remplis de faits qui s'y rapportent. Ce n'est qu'à l'époque de la puberté que des circonstances particulières avertissent de ce vice de conformation. Le sang exhalé dans l'utérus, ne trouvant pas d'issue, s'accumule dans le vagin, puis dans la cavité même de la matrice. Il cause de la pesanteur, de la douleur, et enfin une tuméfaction d'abord obscure, puis manifeste et toujours croissante, au point de simuler la grossesse. La distension qu'éprouve le vagin est telle que la membrane qui le bouche est poussée au dehors entre les grandes lèvres et forme une tumeur qu'on a prise quelquefois pour un renversement du vagin ou pour une chute de la matrice. La 495<sup>e</sup> observation de Mauriceau me paraît offrir un cas de cette espèce. Cet accou-

cheur fut appelé pour visiter une femme de vingt-cinq ans, dont le mari prétendait avoir sujet de se séparer sous prétexte de sa stérilité. Elle n'avait jamais été réglée, mais de temps à autre elle éprouvait des douleurs comparables à celles qui ont lieu dans l'accouchement; son ventre était gonflé au point qu'elle n'était pas éloignée de croire qu'elle était enceinte. Mauriceau, l'ayant examinée, aperçut au-dessous du conduit de l'urine, dans l'endroit où *le col de la matrice* (le vagin) aurait dû être ouvert, une tumeur assez considérable: il y fit avec la lancette une ouverture qui donna issue à plusieurs pintes d'une matière semblable à de la lie de gros vin. Les coliques périodiques auxquelles cette femme était sujette ne reparurent pas, et environ deux mois après elle devint grosse.

Les signes rationnels de cette conformation vicieuse commencent donc à se montrer vers l'époque de la puberté. La jeune fille éprouve les symptômes qui précèdent et annoncent l'écoulement du sang menstruel, mais cet écoulement n'arrive pas; il reste un état de malaise inaccoutumé, et au bout d'un mois, des coliques hypogastriques indiquent un nouvel effort; à chaque époque, les accidents sont plus graves, et dans les intervalles successifs la jeune fille est dans un état plus grand de souffrance. Le ventre enfin se tuméfie, les seins acquièrent un volume d'autant plus considérable que la distension de l'utérus concourt avec la puberté à produire ce gonflement. On cite plusieurs cas où de jeunes filles imperforées ont été regardées comme enceintes, bien qu'elles ne fussent pas actuellement aptes à le devenir; quelques-unes ont été chassées ignominieusement de la maison paternelle comme ayant manqué à leur devoir.

Si l'on examine les parties de la génération, on reconnaît, après avoir écarté les grandes et les petites lèvres, que l'orifice du vagin est bouché par une membrane qui ordinairement fait saillie en bas et forme une sorte de tumeur molle. Ces signes sensibles, joints aux autres circonstances de la maladie, ne peuvent laisser aucun doute sur la cause des accidents. Néanmoins, malgré la facilité du diagnostic, cette affection a quelquefois été méconnue, et la rétention du sang menstruel a entraîné la mort des malades. Il est vraisemblable, bien qu'on n'ait pas de faits authentiques à cet égard, que dans quelques cas la membrane qui bouche le vagin s'est rompue spontanément. Mais ces cas doivent être fort rares, et lorsque ce vice de conformation existe, il est du devoir du chirurgien de le détruire.



L'indication qui se présente alors est précise : c'est d'inciser la membrane hymen. On fait coucher la malade sur le dos, les jambes écartées et maintenues immobiles ; on plonge le bistouri dans la membrane ; on porte dans le vagin le doigt indicateur qui sert de conducteur à l'instrument pour agrandir l'incision sur les côtés, parallèlement à l'orifice du vagin. L'incision doit avoir assez d'étendue pour permettre l'entrée facile de tout le doigt.

Au moment où la membrane qui retient le sang est divisée, ce liquide s'échappe au dehors : il est quelquefois séreux et dans un état de dissolution, mais il n'exhale pas d'odeur, sans doute parce qu'il n'avait aucune communication avec l'air. Après être sorti avec une sorte d'impétuosité, au moment de la ponction, il s'écoule ensuite peu à peu et avec lenteur pendant plusieurs jours.

L'incision de la membrane pourrait ne procurer qu'une guérison temporaire, si après l'avoir faite on ne mettait obstacle à la réunion des parties divisées ; on introduit donc dans le vagin une tente de charpie dont on continue l'usage pendant quelques jours ; on fait des injections pour enlever les parties coagulées du sang, les concrétions membraneuses ou polypeuses qui se sont formées dans le vagin par le séjour prolongé de ce liquide.

Dans un cas observé par de Haën, après l'incision de la membrane hymen et l'écoulement du sang, il survint des douleurs vives, de la tension dans la région hypogastrique, des vomissements, de la pyrexie, en un mot, des signes d'inflammation du bas-ventre. Les saignées et les autres moyens antiphlogistiques qui furent mis en usage dissipèrent ces accidents. Cette inflammation ne saurait être attribuée, selon nous, à l'incision de la membrane hymen ; elle nous paraît offrir la plus grande analogie avec celle qui se déclare dans le péritoine après l'accouchement, par le changement subit qui s'opère dans le volume de l'utérus et dans ses rapports avec les parties voisines. Les mêmes causes agissant ici, quoique avec moins d'activité, peuvent produire le même effet : c'est par les mêmes moyens qu'on doit chercher à le combattre.

#### *De l'absence du vagin.*

L'imperforation par absence du vagin, si l'on peut nommer ainsi ce vice de conformation, se présente avec des modifications très-remar-

quables : 1° Chez quelques femmes, il n'y a aucune trace des parties extérieures de la génération ; la vulve est remplacée par une espèce de raphé semblable à celui qui, chez l'homme, s'étend depuis le méat urinaire jusqu'à l'anus ; le clitoris manque ordinairement, ou, s'il existe, il est très-petit ; une étroite ouverture correspond à l'urèthre et donne issue à l'urine. 2° Chez d'autres, on voit deux replis analogues aux grandes lèvres, qui partent du pubis et vont finir vers l'anus en formant une espèce de fosse naviculaire : entre ces deux replis, lorsqu'on les écarte, on ne trouve qu'un cul-de-sac dans le fond duquel est un raphé qui se dirige en arrière ; on n'aperçoit du reste ni petites lèvres, ni aucune trace de l'origine du vagin. 3° Dans quelques-unes, les parties externes de la génération existent, mais le vagin n'a que le tiers au plus de sa longueur ordinaire ; il se termine par une espèce de voûte ou cul-de-sac au delà duquel est une substance solide.

Quelle que soit la disposition des parties extérieures de la génération, tantôt il n'y a aucune trace du vagin, tantôt on trouve à l'endroit que ce canal devrait occuper une substance fibreuse. Voici comment on peut reconnaître quel est de ces deux états celui qui existe : on introduit dans le méat urinaire une sonde d'argent et le doigt indicateur dans le rectum ; si on sent avec le doigt la sonde placée dans la vessie, et qu'il n'y ait entre l'un et l'autre que des membranes minces, on juge qu'il n'y a à l'intérieur aucune trace de vagin, que rien ne le remplace, et que le rectum est appliqué immédiatement sur la vessie et le canal de l'urèthre ; si, au contraire, le doigt ne sent la sonde qu'à travers des parties épaisses et dures, on en conclut que quelque chose est interposé entre le rectum et la vessie, soit un rudiment de vagin, soit une substance fibreuse.

Ces diverses conformations vicieuses ne donnent lieu à aucun accident jusqu'à l'époque de la puberté. A ce moment, il peut survenir des symptômes fort graves, mais quelquefois aussi il ne s'en manifeste aucun. Cette différence tient à la manière dont sont disposées les parties intérieures.

Parmi les femmes qui n'ont point de vagin, les unes sont privées de matrice, ou, si elle existe, elle est petite, mal conformée et impropre à verser le sang menstruel ; les autres ont un utérus disposé comme dans l'état naturel : chez celles-ci, à l'époque de la puberté, le sang est exhalé dans la cavité utérine ; il s'y accumule et la dis-