

tend. En conséquence, les accidents qui surviennent à cette époque, chez une fille ainsi conformée, font connaître que le vice des organes génitaux ne s'étend pas aux parties intérieures. Si, au contraire, la jeune fille passe à l'âge auquel s'établit le flux menstruel sans éprouver aucun accident de ce genre, on juge que la matrice manque, ou que, si elle existe, elle est défectueuse. On trouve dans les auteurs un certain nombre de faits qui se rapportent à cette espèce d'imperforation. Morgagni raconte qu'il fut consulté au sujet d'une paysanne dont le *pudendum* se trouvait tout à fait dans l'état naturel; mais le vagin, vers le tiers de sa longueur, se terminait brusquement. Il n'y avait aucune cicatrice en cet endroit ni au-dessous, et la femme ainsi que ses parents ne se souvenaient pas qu'il eût existé aucun ulcère, ni aucun autre vice capable de produire une adhérence des parois du vagin. Ces parois elles-mêmes, examinées attentivement, offraient partout le même aspect, et la portion de membrane qui tapissait le cul-de-sac ne différait en rien de celle qui en formait les côtés. Ce cul-de-sac, du reste, ne cédait pas sous le doigt, comme l'aurait fait une simple cloison membraneuse, mais il était résistant comme le sont les corps fibreux. Enfin, la femme, qui était à la fleur de l'âge, n'avait jamais éprouvé ni écoulement sanguin, ni effort hémorrhagique. Morgagni pensa qu'elle n'avait point de matrice, ou que s'il en existait une, elle n'était le siège d'aucune exhalation sanguine, soit à raison de sa petitesse, soit par toute autre cause.

Morgagni fut encore consulté par une autre femme, mariée depuis trois ans, qui disait avoir une étroitesse du vagin pour laquelle un médecin d'une certaine réputation lui avait conseillé l'usage des dilatants; mais elle en avait éprouvé tant d'incommodité qu'elle avait été contrainte d'y renoncer. Morgagni, en examinant les parties de la génération, reconnut que le vagin manquait entièrement, et que le conduit étroit dans lequel les moyens dilatants avaient été portés était le canal de l'urèthre. Il s'informa si cette femme avait eu quelquefois ses règles, si par intervalles elle ressentait des douleurs aux lombes et au pubis. La réponse fut négative. Ces circonstances, jointes à l'âge de cette femme, à sa bonne santé, à sa fraîcheur, portèrent Morgagni à penser dans ce cas, comme dans le précédent, qu'il y avait absence de vagin et de matrice.

Morand a inséré dans ses *Opuscules de chirurgie* un fait qui se rapporte au même vice de conformation. Ce chirurgien fut consulté

conjointement avec Ferrein, Petit et Winslow, relativement à une demande en séparation formée par un tailleur de Paris qui n'avait pu consommer le mariage. Deux chirurgiens avaient précédemment visité la femme et ne lui avaient point trouvé de vagin, ni aucune espèce de conduit qui permit l'introduction du membre viril, pas même celle d'un stylet; tout l'appareil extérieur du sexe consistait en deux replis de peau qui, par leur jonction, ne laissaient voir qu'une espèce de raphé ou couture terminée vers l'anus par un cul-de-sac sans ouverture qui répondait à la fosse naviculaire. Dans la supposition d'un vagin caché sous les apparences extérieures d'une coalition contre nature de ces parties, on avait tenté de le découvrir par une incision profonde qui avait été faite sans succès, l'instrument n'ayant trouvé que des chairs assez dures, sans aucun conduit ni cavité qui pût représenter un vagin prolongé jusqu'à la matrice. Cette femme n'avait d'ailleurs jamais été réglée, et n'avait éprouvé aucun des accidents qui annoncent l'effort menstruel ou indiquent l'accumulation du sang dans l'utérus. Aucune circonstance commémorative ne faisait présumer une adhérence accidentelle du vagin: tout, au contraire, confirmait dans l'idée d'un vice de première conformation. Néanmoins deux autres chirurgiens, consultés sur le même objet, pensèrent qu'il pourrait bien n'y avoir qu'une occlusion partielle du vagin, et que si l'incision précédemment faite eût été plus profonde, elle aurait pu rendre cette femme habile à remplir le devoir conjugal. Ferrein, Petit et Morand, réunis de nouveau, persistèrent dans leur première opinion et la confirmèrent par de nouveaux raisonnements.

J'ai eu occasion d'observer un fait qui offre avec ceux qui viennent d'être rapportés une grande analogie. Une jeune fille était parvenue jusqu'à l'âge de vingt et un ans sans jamais avoir eu ses règles ni aucune des incommodités qui sont le résultat ordinaire de leur rétention; elle était d'ailleurs d'une santé florissante et elle ignorait elle-même le vice de conformation dont ses organes génitaux étaient le siège. Un jeune homme à qui elle voulut accorder ses faveurs fit de vains efforts pour en profiter, et reconnut qu'elle n'était pas propre à l'acte auquel elle voulait bien se prêter. Un accoucheur fut consulté, et déclara qu'il y avait imperforation du vagin; il proposa une opération pour laquelle il demanda trois louis qui lui seraient remis d'avance. Cette exigence de la part de l'accoucheur obligea la jeune fille de s'adresser à d'autres chirurgiens; elle vint à moi. Voici quelle était la dispo-

sition des parties : les grandes lèvres étant rapprochées, leur conformation n'offrait aucun vice apparent ; mais en les écartant on voyait au-dessous du méat urinaire une ouverture qui n'avait pas plus d'un demi-pouce de profondeur et présentait la forme d'un entonnoir par suite des efforts que l'amant de cette jeune fille avait faits pour surmonter la barrière qui s'opposait à son passage. Voulant connaître plus exactement l'état des parties intérieures, j'introduisis une sonde dans l'urèthre, et je portai dans le rectum le doigt indicateur de la main droite. Je sentis assez distinctement la convexité de la sonde avec le doigt introduit dans l'intestin, pour me convaincre qu'ils n'étaient séparés l'un de l'autre que par des membranes minces, celles de la vessie et du rectum, et qu'il n'y avait pas de vagin interposé entre eux. Je dirigeai de plus le doigt dans divers sens, surtout en avant et en haut, pour rencontrer l'utérus ; mais je ne distinguai rien qui y ressemblât. Je fus donc autorisé à conclure que chez cette fille il n'existait pas de matrice.

Je connais une jeune femme qui est dans le même cas. Elle n'avait que sept à huit ans lorsqu'elle fut soumise à mon examen : il n'y avait chez elle presque aucune trace des parties extérieures de la génération ; on voyait seulement, à la place des grandes lèvres, deux petits replis de la peau qui commençaient au pubis, et qui se perdaient peu à peu vers l'anus sous forme de commissure. Au milieu de l'espace compris entre ces deux replis de la peau, il y avait une sorte de raphé qui s'étendait depuis le méat urinaire jusqu'à l'anus ; il n'existait ni nymphes, ni clitoris. A l'aide du doigt indicateur porté dans le rectum et d'une sonde introduite dans la vessie, je reconnus qu'il n'y avait entre ces deux parties qu'une cloison membraneuse qui n'était pas plus considérable que la cloison recto-vésicale chez l'homme. J'en conclus qu'il y avait absence du vagin. Parvenue à l'âge de la puberté, cette jeune fille n'éprouva aucun des phénomènes qui précèdent et accompagnent l'éruption des règles, et depuis lors elle n'a ressenti aucun accident qui pût faire soupçonner leur rétention. Quand elle eut atteint sa dix-huitième année, ses parents voulurent la marier, et je fus de nouveau consulté pour savoir si, par quelque opération, on pourrait la mettre dans le cas de devenir épouse et mère : ma réponse fut négative ; mais malgré cela elle fut mariée à un jeune homme qu'on avait prévenu du vice de conformation qu'elle avait, et qui trouva dans une dot considérable une compensation suffisante. Les

seins chez cette femme sont peu développés, et quelques poils rares couvrent le mont de Vénus.

Il est de toute probabilité que dans les divers cas dont nous venons de parler, il y avait absence à la fois de vagin et de matrice, bien que cette opinion ne soit pas appuyée sur l'ouverture des cadavres. Plusieurs faits, notamment ceux qui ont été rapportés par Colombus et par Fremondus, son compatriote, démontrent que la matrice peut manquer, et il est vraisemblable que dans tous les cas précités elle manquait ou n'existait qu'en rudiment.

Si le vagin manquant complètement dans sa partie supérieure, ou étant remplacé par une espèce de cordon ligamenteux, la matrice existe néanmoins et existe avec l'organisation qui lui est propre à l'état sain, il en résulte, à l'époque de la puberté, des accidents fâcheux : non-seulement la femme n'a pas l'écoulement qui appartient à son sexe et est inhabile à concevoir, mais le sang des règles, étant exhalé dans l'utérus à chaque période et ne trouvant pas d'issue, s'accumule, détermine des douleurs et un gonflement qui chaque mois augmentent d'une manière évidente. Les signes qui dénotent cette congestion de sang dans la matrice sont en partie les mêmes que ceux qu'on observe dans le cas d'occlusion complète de l'orifice du vagin. Là seulement il n'y a point de tumeur dans le vagin lui-même, ni, à plus forte raison, entre les grandes lèvres. La distension de l'utérus n'est appréciable qu'à l'hypogastre, à travers les parois abdominales, et en portant le doigt dans le rectum. Ce vice de conformation, qui d'abord pourrait paraître moins grave que le précédent, dans lequel il y a à la fois absence de la partie supérieure du vagin et absence de l'utérus, est cependant bien autrement fâcheux. Il est facile d'en voir la raison : dans un des cas, la femme est non réglée ; dans l'autre, le sang est versé dans l'utérus, il ne peut trouver d'issue, il s'amasse, et la mort est le résultat inévitable de cette accumulation. Le seul moyen de prévenir cette terminaison funeste serait de se frayer une voie jusqu'à la cavité de la matrice, ce qui permettrait au sang de couler. L'opération qu'on pratiquerait dans ce but pourrait être tentée du côté du périnée ou dans le rectum. Elle n'est praticable par le périnée que lorsqu'il y a, à la place du vagin, une substance plus ou moins épaisse au travers de laquelle l'instrument peut être conduit jusqu'à l'utérus sans intéresser la vessie ni le rectum ; on reconnaît que cette substance compacte existe en introduisant une sonde dans

la vessie et le doigt dans le rectum, ainsi qu'il a été dit précédemment. Si la vessie et le rectum ne sont séparés que par une cloison mince, la blessure de l'un ou de l'autre serait inévitable; on n'a d'autre ressource alors que de tenter la ponction de l'utérus par le rectum avec un trois-quarts courbe.

Une observation rapportée par de Haen vient à l'appui de ce que nous avons dit sur le danger de pénétrer dans la vessie lorsqu'on veut se frayer un chemin jusqu'à l'utérus, dans le cas d'occlusion du vagin dans sa moitié supérieure. Une jeune fille de vingt-quatre ans avait depuis huit années mis en usage tous les remèdes propres à provoquer l'apparition des règles; l'hypogastre avait acquis une grosseur et une dureté remarquables. Elle fut visitée par plusieurs gens de l'art, qui reconnurent qu'elle était imperforée, et décidèrent que l'opération pouvait et devait être tentée. Mais la situation, la forme et la structure des parties, étaient tellement différentes de l'état naturel que l'opération ne put être faite comme on l'avait pensé. Après avoir incisé largement une membrane qui parut être l'hymen, on pénétra d'abord à l'aide d'un stilet, puis avec le doigt, dans une large cavité qu'on prit pour le vagin, et l'on fut confirmé dans cette opinion par l'écoulement d'un sang noir et abondant, comme cela a lieu ordinairement après que l'hymen est divisé; mais l'événement prouva que les choses s'étaient passées autrement. Cette jeune fille, qui depuis longtemps était dans un état de langueur, succomba trois jours après l'opération. A l'ouverture du cadavre, on trouva que la tumeur hypogastrique était formée par l'utérus et par les trompes énormément distendues. Le ventre contenait un peu de sérosité noire, trouble et fétide, semblable à celle des trompes, d'où elle paraissait s'être écoulée par plusieurs ouvertures qui s'y étaient faites spontanément; on pensa même que la mort pouvait bien être le résultat de cette rupture. L'ouverture faite à la membrane du vagin eût été suffisante si ce conduit eût eu la conformation ordinaire, et si la membrane incisée eût réellement été l'hymen; mais, par la disposition vicieuse des parties, il se trouva que l'incision comprit l'urèthre et pénétra dans la vessie. Le sang qui s'était échappé au moment de l'opération provenait de l'incision elle-même et non d'une collection formée précédemment. Il n'y avait chez cette fille aucune trace de vagin; ce conduit était remplacé par un corps solide, d'un pouce de largeur et d'un pouce et demi de longueur. Rien n'indiquait que le

vagin eût autrefois existé et que ses parois eussent contracté des adhérences; seulement au-dessus de ce corps solide, on trouvait entre lui et l'utérus une vaste cavité qui eût pu admettre la tête d'un enfant, et qui était pleine d'une sanie d'un brun noirâtre: cette cavité parut être la partie supérieure du vagin. L'utérus et les trompes contenaient également dans leurs cavités de la sanie noire (1).

L'ouverture de la vessie et du rectum n'est pas le seul accident à craindre dans l'opération par laquelle on cherche à remédier à l'espèce d'imperforation qui nous occupe. L'inflammation de la matrice et des parties voisines a fait périr deux femmes sur lesquelles on avait pratiqué cette opération, et dont l'histoire est venue à ma connaissance. Chez l'une, on avait fait la ponction de la matrice par le rectum avec un trois-quarts; chez l'autre, pour laquelle j'avais été consulté avec plusieurs de mes confrères, on avait plongé le bistouri au travers de la substance fibreuse et celluleuse qui occupait la place du vagin, et on était parvenu jusqu'à la matrice sans intéresser la vessie ni le rectum. L'une et l'autre moururent trois ou quatre jours après l'opération.

Je terminerai ce qui a trait à cette espèce d'imperforation en rapportant l'histoire d'une jeune fille sur laquelle aucune opération n'a été tentée, et qui a succombé aux accidents produits par ce vice de conformation.

Dans le mois de juin 1814, on reçut à l'hôpital de la Charité une fille de vingt-deux ans dont les règles n'avaient pas encore paru, et qui éprouvait dans le ventre des douleurs assez vives. Plusieurs saignées locales et générales furent pratiquées sans succès; les douleurs même augmentèrent d'intensité, et prirent la forme d'attaques hystériques qui devinrent par degrés plus fortes et plus rapprochées. Le ventre, qui était déjà tuméfié lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, le devint davantage; on jugea à propos d'introduire le doigt dans le vagin et on reconnut que cette femme était imperforée. Elle fut transférée de la salle où elle était dans une des salles dont nous sommes chargé; voici ce que nous observâmes. En écartant les grandes lèvres, qui étaient moins développées qu'elles ne le sont communé-

(1) *Ratio medendi*, etc., t. III, p. 31.

ment, et les nymphes, qui n'offraient rien de particulier, on apercevait une seule ouverture située un peu plus bas que ne l'est ordinairement le méat urinaire. Cette ouverture était arrondie, sans aucune saillie; elle donnait passage à l'urine et admettait à peine le bout du petit doigt. Cependant, en forçant cette ouverture, le doigt atteignait une cavité qui n'était séparée du rectum que par une membrane très-mince, ainsi qu'on le reconnut encore en portant une sonde dans la vessie et l'indicateur dans le rectum. La région hypogastrique était considérablement gonflée; on y distinguait une tumeur dure, élastique et douloureuse depuis quelque temps à la pression. Depuis quelque temps aussi l'urine s'écoulait involontairement, ce que la malade attribuait aux tentatives qu'avait faites un chirurgien de son pays pour explorer les parties. Nous apprîmes encore de cette fille que les douleurs abdominales avaient commencé vers l'âge de treize ans; que la tuméfaction du ventre n'était devenue manifeste que quatre ans après, et qu'elle était plus considérable à droite qu'à gauche. Elle n'avait, du reste, remarqué aucune périodicité dans le retour des douleurs, qui reparaissaient à des intervalles irréguliers. L'état de la malade ne présenta rien de particulier jusqu'au mois de novembre, si ce n'est l'augmentation graduelle des douleurs et de la tuméfaction hypogastriques. Le 29 novembre, il s'échappa, par l'ouverture qui donnait passage à l'urine, une livre environ d'un liquide épais, inodore, d'un rouge brun, et semblable en tout à du sang épaissi; en même temps le ventre diminua de volume, devint souple: la malade se sentit soulagée et crut être guérie. On chercha, mais en vain, à reconnaître avec le doigt et avec la sonde l'endroit d'où venait ce liquide. L'évacuation, après avoir duré pendant deux heures, s'arrêta et reparut deux jours après; elle continua jusqu'au 7 décembre, qu'elle fut de nouveau suspendue. Le ventre, quoique très-affaîssi, devint sensible, la peau chaude et sèche, le pouls fréquent; la malade tomba dans le découragement et la tristesse; il survint de la diarrhée, une faiblesse qui augmenta progressivement jusqu'au 8 janvier, jour où la malade succomba, le quarantième après la première évacuation. Voici ce que l'ouverture du corps fit connaître: le seul orifice que présentait la vulve conduisait à un canal long d'un pouce et demi. Dans son intérieur, venaient aboutir deux autres conduits placés l'un au-dessus de l'autre: le supérieur était le méat urinaire; l'inférieur traversait une cloison épaisse d'une ligne, large d'un pouce, repré-

sentant assez bien un vagin et aboutissant au col de l'utérus. La cavité de cet organe était plus grande qu'elle ne l'est ordinairement, et son tissu d'un blanc rosé. Sur les parties latérales et supérieures de la matrice, existaient deux tumeurs: la droite, un peu moins grosse que le poing, avait des parois épaisses, blanchâtres, et contenait un liquide semblable à celui qui s'était écoulé pendant la vie. A cette tumeur, s'en joignait une autre qui s'élevait jusqu'auprès de l'estomac, et était formée de loges remplies de sang et de tumeurs hydatiformes; la tumeur du côté gauche contenait huit à dix onces de sang épaissi. Les ovaires manquaient, et nous pensâmes que ces tumeurs s'étaient développées dans leur substance. La cavité de ces tumeurs ne communiquait pas avec celle de l'utérus, mais il naissait de chacune d'elles un canal qui s'étendait jusqu'à la petite cavité placée près de la vulve, sans communication manifeste avec elle. Le sang écoulé pendant la vie avait-il transsudé à travers les membranes? Des adhérences accidentelles avaient-elles avant la mort produit l'occlusion de quelque conduit? Ce conduit a-t-il échappé à nos recherches, quelque attentives qu'elles aient été? C'est ce que nous ne pouvons pas décider (a).

(a) — On lit dans la *Gazette médicale* de Paris pour l'année 1835 l'observation d'une opération pratiquée avec succès, par M. Amussat, pour une absence du vagin. Une jeune fille, âgée de quinze ans et demi, fut amenée à Paris, en février 1832, pour consulter sur des accidents qu'elle éprouvait du côté du ventre depuis huit mois. Jusqu'alors elle avait toujours joui d'une bonne santé; mais à cette époque elle éprouva de violentes coliques et des douleurs de reins qui durèrent plusieurs jours: ces douleurs ressemblaient à celles de l'accouchement. Ce premier accès eut lieu le 19 juin 1831, et dura neuf jours. Le deuxième accès se déclara cinq semaines après, et dura un mois. Elle eut ainsi successivement six accès en huit mois. Le médecin de la malade la fit visiter par un accoucheur, qui, reconnaissant l'imperforation de la vulve et l'absence du vagin, engagea les parents à conduire leur fille à Paris. Une consultation fut faite; Boyer y assistait, et il fut d'avis qu'il ne fallait rien entreprendre, et que la jeune fille succomberait infailliblement. M. Amussat, qui assistait à la consul-

tation, pensant qu'on pouvait tenter quelque opération, et qu'une pareille tentative était d'autant plus permise que la malade paraissait vouée à une mort certaine, persuada aux parents qu'il y avait une opération très-faisable, quoique douteuse dans ses conséquences. Cette opération consistait à essayer de dédoubler l'urèthre, la vessie et le rectum, et à conduire par ce dédoublement un instrument qui percerait l'utérus et le viderait du sang qu'il contenait; puis à maintenir ce canal artificiel au moyen de corps dilatants et à le faire cicatriser. Encouragés par cette proposition, les parents de la jeune fille chargèrent M. Amussat de l'opération, et il la fit de la manière suivante. Le 28 février, il fit prendre un bain et un lavement, et il fit appliquer un cataplasme à la vulve. Le 29, après avoir placé la malade convenablement, il appuya fortement l'extrémité d'une grosse sonde droite au-dessous de l'urèthre, dans une fossette qui semblait correspondre à l'orifice du vagin; puis, mettant un doigt dans le rectum et repoussant l'orifice de l'urèthre en haut, il appuya très-fortement dans ce même point avec le petit doigt. Cette manœuvre très-douloureuse fut suivie de quelque succès, car l'impression du doigt resta marquée. Il recommença la même manœuvre de suite, et cette fois, dit-il, il pinça le périnée avec un doigt dans l'anus et le pouce dans la vulve, et il tira cette partie en arrière pendant qu'il enfonçait son petit doigt, et en tirant en haut ou en élevant l'urèthre, de sorte qu'il faisait deux tractions en sens opposé dans le but de désunir les parties soudées, il crut sentir que les parties cédaient ou obéissaient à ses tractions: il resta un trou sans déchirure ni effusion de sang. Pour conserver cette dilatation, il plaça dans ce petit enfoncement en forme de doigt de gant une éponge préparée, qui fut maintenue et renouvelée avec soin chaque fois qu'elle était ramollie ou dérangée. Le 2 mars, une nouvelle tentative fut faite. M. Amussat, profitant de l'enfoncement conservé et dilaté par l'éponge, y introduisit deux doigts pour le distendre davantage et désunir l'urèthre d'avec le rectum. Ce décollement fut très-douloureux, mais profitable, car l'opérateur sentit que la muqueuse céda, et il y eut un véritable éraîlement ou division de la muqueuse et par conséquent une effusion de sang. La dilatation fut continuée avec l'éponge préparée. Le 3 mars, il renouvela la même manœuvre, mais en enfonçant fortement les doigts indicateurs accolés l'un à l'autre, de sorte que les ongles se touchant formaient un

angle aigu, et à mesure qu'il portait ses doigts en haut, la malade faisait des efforts d'expulsion. Cette nouvelle manœuvre, très-douloureuse, fut très-efficace; la dilatation fut maintenue avec l'éponge préparée. Le 5 mars, le même moyen fut mis en usage, et M. Amussat arriva, dit-il, promptement au but, c'est-à-dire à la tumeur, et il pensa qu'il était non-seulement inutile, mais dangereux d'aller plus loin, parce qu'il pouvait se porter soit en avant, soit en arrière de la tumeur. Le 6, la malade voulut se reposer. Le 7, l'examen des parties fit reconnaître que le conduit artificiel, qui avait, le 5, deux pouces et demi de longueur, n'en présentait plus que deux. M. Amussat fait observer que cette diminution dans la longueur du conduit pouvait aussi bien dépendre de l'abaissement de l'utérus que d'un raccourcissement réel du conduit artificiel. Le 8, la malade, ayant été assez agitée pendant la nuit, veut se reposer. Le 9, comme elle est bien portante, M. Amussat procède à l'ouverture de la tumeur formée par l'utérus. La malade est placée sur le bord de son lit, les cuisses et les grandes lèvres écartées autant que possible. L'opérateur introduit le doigt indicateur de la main gauche dans le conduit artificiel, et il s'en sert pour guider un petit stylet trois-quarts qu'il fait pénétrer de plus de six lignes dans la tumeur, dont les parois lui semblent formées en cet endroit par un tissu très-dur et épais de plusieurs lignes. Il s'écoula de suite du sang; mais comme M. Amussat ne put enfoncer la canule du trois-quarts dans la poche, il l'ôta pour avoir recours au bistouri. Il en prit un à lame étroite et pointue, il le garnit de linge presque dans toute sa longueur, et le conduisant à plat sur son doigt il le plongea dans la tumeur. Au même instant il s'écoula un sang épais, noirâtre et gluant. Il voulut faire entrer son doigt dans l'incision qu'il venait de pratiquer, cela lui fut impossible; alors il reprit son bistouri, et agrandit transversalement l'incision: il s'échappa de suite une plus grande quantité de sang gluant. M. Amussat put alors mettre son doigt dans la cavité de l'utérus, mais la douleur fut si vive qu'il l'ôta de suite. Il débrida ensuite à droite et à gauche; il sortit alors dix à douze onces de sang comme celui indiqué plus haut. M. Amussat mit dans l'incision de l'utérus une grosse canule de gomme élastique entourée de linge, et il la fixa avec des cordons attachés à un bandage de corps. Après cette opération, la malade se trouva assez bien; le sang continua de couler, et il en sortit environ deux livres; l'excrétion de l'urine se fit bien. Du 11 mars au 2 avril, il y eut apparition de

symptômes inflammatoires graves du côté du ventre; ils cédèrent à l'application de quinze sangsues et à des frictions mercurielles. A dater du 2 avril, la malade alla assez bien. Le 14 mars, cinq jours après l'opération, M. Amussat introduisit une sonde dans le vagin artificiel pour le maintenir ouvert, et, au moyen de canules dont il augmentait la grosseur, il le dilata. Pendant le cours du traitement, la malade rendit plusieurs fois du sang noir par l'anus. Elle quitta Paris le 23 avril; elle était alors bien portante. Depuis lors les règles sont venues régulièrement; il n'y eut qu'une seule fois des douleurs semblables à celles que la malade éprouvait avant l'opération. Une autre fois, neuf mois après l'opération, elle éprouva des symptômes de métrite, qui cédèrent aux sangsues et aux frictions mercurielles. Depuis le mois de février 1833, onze mois après l'opération, elle a recouvré toute sa santé.

2° Maladies du vagin.

Les maladies du vagin sont : la rupture du vagin, les polypes du vagin, la chute ou renversement du vagin; les plaies, les ulcères, les corps étrangers, et les tumeurs.

De la rupture du vagin.

Le vagin peut se rompre dans un accouchement laborieux, soit par la disproportion du volume du fœtus avec la largeur que ce conduit est susceptible d'acquiescer, soit à raison des manœuvres imprudentes faites dans le but de favoriser la sortie de l'enfant. Cette rupture peut affecter différentes directions et avoir lieu dans les divers points de l'étendue du vagin; mais son siège le plus ordinaire est à l'endroit où ce conduit s'unit à la matrice. Il ne sera question ici que du déchirement de la cloison recto-vaginale, formée par l'adossement et l'union intime de la partie postérieure inférieure du vagin avec la partie antérieure inférieure du rectum.

Ce déchirement, qui a été observé particulièrement chez les femmes dont l'accouchement avait été terminé par le forceps, et qui se fait communément selon la longueur du vagin, n'est pas toujours accompagné des mêmes circonstances. Quelquefois la cloison recto-vaginale est déchirée pendant que le périnée et le sphincter de l'anus conser-

vent leur intégrité; d'autres fois il y a déchirure non-seulement de la cloison recto-vaginale, mais encore du sphincter de l'anus et du périnée. Dans le premier cas, les matières fécales liquides s'échappent involontairement par la déchirure et sortent par la vulve, tandis que les matières solides ne sont rendues que par les efforts de la défécation, et sortent en partie par le vagin et en partie par l'anus. Dans le second cas, la vulve étant confondue avec l'anus, dont le sphincter est déchiré, les matières stercorales s'échappent continuellement et involontairement par cette ouverture commune, ce qui oblige la malade à porter sans cesse des garnitures gênantes, pour éviter la plus dégoûtante malpropreté.

Lorsque la cloison recto-vaginale est seule déchirée et que la déchirure est récente, la nature convenablement secondée peut procurer la réunion, comme le prouvent plusieurs observations et notamment celle qui a été communiquée par M. Sédillot jeune à la Société de médecine de Paris, et qui a été insérée dans le tome iv du recueil périodique de cette société. Voici le fait.

En l'année 1790, M. Sédillot fut appelé au Gros-Caillou, pour secourir une femme dans le travail de l'enfantement. La tête était enclavée et le vagin rempli de matière stercorale liquide. Il y avait à la partie postérieure de ce conduit une déchirure longitudinale, d'un pouce et demi d'étendue, pénétrant dans le rectum. Cet accoucheur fit observer la déchirure à la sage-femme qui l'avait précédé. Comme elle en niait l'existence, il pensa qu'il était prudent de suspendre l'application du forceps jusqu'à ce que, la mauvaise foi de cette femme étant constatée, il ne fût plus possible d'attribuer aux moyens qu'il allait employer un accident qui existait déjà. L'accouchement fut terminé par le forceps, dont l'application ne parut point augmenter la déchirure. M. Sédillot fut d'avis d'abandonner cette plaie à la nature; dans la vue d'empêcher le séjour des lochies, des matières fécales et autres impuretés dans son voisinage, on prit seulement la précaution de faire de fréquentes injections, d'abord émollientes, puis détersives, dans le vagin, et de faire donner un lavement toutes les vingt-quatre heures. La cicatrice fut complète en dix jours.

Mais un événement aussi heureux est extrêmement rare, et presque toujours les bords de la déchirure restent écartés et se cicatrisent séparément; la femme est assujettie à une infirmité dégoûtante et presque insupportable. On a pensé que l'on pourrait remédier à cet

état déplorable en rendant saignants les bords de la déchirure et en les réunissant au moyen de quelques points de suture, comme on le pratique dans le bec-de-lièvre. Cette opération a été pratiquée plusieurs fois, mais presque toujours sans succès. On lit dans Smellie (t. III, p. 457) qu'il fut appelé par une sage-femme pour une malade qui était dans le cinquantième jour après son accouchement. Le périnée, le vagin et le rectum avaient été déchirés et ne faisaient plus qu'un canal de la longueur de deux pouces, ce qui empêchait cette femme de retenir ses excréments. Les bords des parties déchirées commençaient à se cicatriser. Smellie essaya avec des ciseaux de les *parer* comme dans le bec-de-lièvre, mais il ne put en venir à bout. Il fixa donc alors la lame d'une lancette sur son manche au moyen d'une bandelette, et avec la pointe de cet instrument, il les scarifia; ensuite il fit avec beaucoup de peine deux points de suture profonds à travers le vagin et le rectum, et deux au périnée. Mais au bout de deux jours il survint une grande inflammation, et les points de suture se rompirent. Des eschares tombèrent, les parties suppurèrent, mais elles ne se joignirent point entre elles; néanmoins elles se contractèrent de façon qu'au bout de trois mois la femme était maîtresse de ses excréments.

Gardien nous apprend que M. le professeur Dubois a pratiqué la suture du pelletier dans un cas semblable, mais infructueusement. Si tous ceux qui ont fait cette opération en avaient fait connaître le résultat, on verrait probablement qu'il a été presque toujours malheureux. Cependant elle a été pratiquée avec succès par Saucerotte, de Lunéville, et par M. Noël, de Reims. L'observation de Saucerotte est consignée dans ses *Mélanges de chirurgie* et dans le tome IV du recueil périodique de la Société de médecine de Paris; celle de M. Noël se trouve dans le tome VII du même recueil.

La femme opérée par Saucerotte était âgée d'environ vingt-cinq ans. Elle était accouchée à la campagne et pour la première fois: la tête du fœtus, fort grosse, était restée soixante heures au passage; l'accouchement avait été terminé par le forceps. La fourchette, le périnée, la cloison recto-vaginale, moins le sphincter de l'anus, se rompirent. Lorsque, dans les premiers jours après l'accouchement, les matières fécales se présentèrent, une partie prit sa route par l'anus et l'autre par le vagin. Dans l'examen que Saucerotte fit de cette lésion, tant à l'aide du toucher qu'au moyen d'un *speculum uteri*,

il trouva que la crevasse de la paroi recto-vaginale, longue dans la direction de l'axe du corps d'environ un pouce et demi, commençait au-dessus du sphincter de l'anus, qui était intact et isolé entre la déchirure de la fourchette et celle de la cloison recto-vaginale. Saucerotte et deux de ses confrères, qu'il fit appeler en consultation, engagèrent la famille de cette femme à consulter plusieurs accoucheurs célèbres. Comme l'opinion de la plupart d'entre eux fut de tenter la réunion de la cloison recto-vaginale, en avivant les bords de la solution de continuité et en y appliquant ensuite une suture, la malade, ses parents, Saucerotte et ses deux confrères, accueillirent ce moyen curatif. Voici la manière ingénieuse suivant laquelle l'opération fut pratiquée, trois mois et vingt jours après l'accident.

La malade étant située convenablement et assujettie par des aides, on introduisit dans le vagin un *speculum uteri* dilatatoire dont on avait coupé la branche ascendante, parce que cette branche ascendante n'aurait pu s'appuyer, dans son ascension, contre le pubis, sans faire presser les deux inférieures sur la cloison recto-vaginale, ce qui aurait gêné l'action de l'instrument porte-aiguille, au lieu que le *speculum* n'étant qu'à deux branches, l'aide chargé de cette partie, le portant contre l'arcade du pubis, devait laisser absolument à découvert la paroi recto-vaginale. La partie la plus extérieure de la division fut avivée avec des ciseaux; pour aviver la partie la plus intérieure, on se servit de deux instruments dont l'un était en forme de petit couteau et l'autre en forme de rugine. Une gouttière mince, en bois de noyer, introduite sur le doigt indicateur gauche dans l'anus et dirigée de manière que sa convexité était tournée en devant, servit de point d'appui aux deux instruments dont il vient d'être parlé. Les bords de la division étant rendus saignants, Saucerotte se servit de la suture du pelletier ou à surjet. Pour la pratiquer, il avait fait construire deux aiguilles d'une courbure différente; précaution dont il reconnut la nécessité dans l'opération, la plus courte lui ayant servi pour les points supérieurs, et la plus longue pour ceux du côté du sphincter, après avoir retiré le fil double du chas de la première, pour le faire passer dans celui de la seconde. Il avait fait construire aussi une espèce de porte-aiguille dont les deux branches pouvaient être écartées et rapprochées au moyen d'une vis. Le talon des aiguilles pouvait être fixé à l'extrémité de cet instrument, à droite et à gauche, en ligne horizontale, en ligne oblique et même en ligne droite, selon