

une violente irritation des parties, et peuvent faire croire à quelque vice de conformation qui s'opposerait à l'accomplissement régulier de l'acte générateur. On a vu plus d'une fois le trouble s'introduire dans une famille à la suite de faits de cette nature. Quelquefois aussi il existait une irritation si grande, qu'elle s'opposait à tout rapprochement. Dans un cas pour lequel je fus consulté, dit Churchill, je trouvai l'hymen persistant et rigide; l'orifice vaginal était très étroit, mais l'urèthre était extrêmement dilaté, et je pus me convaincre que les rapports sexuels avaient lieu dans le canal uréthral. Beck signale un fait semblable. M. Davis en cite un autre, d'après Champion (1). Je ne crois pas qu'il existe d'autres observations de ce genre; mais elles sont une preuve suffisante du degré de résistance que peut offrir cette membrane.

En médecine légale, la rigidité et la persistance de l'hymen sont signalées à juste titre comme des causes de stérilité auxquelles on peut remédier. Beaucoup d'entre nous ont pu voir comme nous la stérilité cesser par la destruction artificielle d'un hymen résistant, comme le rapporte Oldham (2).

Nous ne devons pas conclure de là qu'un hymen résistant implique nécessairement la stérilité; il y a de nombreuses observations qui prouvent le contraire. Fodéré (3) rapporte une observation d'après Fabricius, dans laquelle il s'agit d'un mari qui demanda la dissolution de son mariage, parce qu'il ne pouvait avoir de rapports complets avec sa femme. La femme, examinée, fut trouvée enceinte, et une incision détruisit aussitôt l'obstacle (4). Tucker, Merriman (5), Davis (6) et Crosse (7) ont publié des observations semblables, dans lesquelles l'orifice vaginal aurait à peine admis un pois; et cependant la conception eut lieu.

Beaucoup d'autres observations pourraient encore être citées à l'appui de cette assertion.

Nous avons donné nos soins à une dame pendant son accouchement. Son hymen était entier et parfaitement distinct, et l'orifice vaginal était si petit, que notre doigt ne pouvait atteindre la partie fœtale qui se présentait. Il était impossible que l'intromission ait eu lieu. Nous avons observé deux autres cas analogues. Nous devons soupçonner que, dans ces circonstances, il peut arriver que l'élasticité de la membrane permette une intromission incomplète, et ainsi s'expliquerait la possibilité de la conception.

L'hymen, au lieu de présenter, comme c'est l'ordinaire, une ouverture semi-lunaire à la partie supérieure, peut être perforé d'un ou plu-

(1) Champion, *Journal universel*, vol. XL, p. 241.

(2) Oldham, *Méd. Gazette*, 1849, p. 48.

(3) Fodéré, *Traité de Médecine légale et d'Hygiène publique*. Paris, 1813.

(4) Beck's *Medical Jurisprudence*, p. 63.

(5) Merriman, *On difficult parturition*, p. 216.

(6) Davis, *Obstetric Medicine*, vol. I, p. 104, 105.

(7) Crosse, *Cases in Midwifery*, p. 55.

sieurs pertuis à son centre, ou bien encore divisé en plusieurs bandes placées en travers de l'orifice vaginal.

§ II. — Traitement.

Le traitement de ces cas est fort simple, que la femme soit ou non enceinte.

Dans beaucoup de circonstances, l'orifice peut être dilaté au moyen de bougies de plus en plus grosses.

Si ce moyen échoue, on incisera la membrane avec le bistouri ou les ciseaux, et l'on empêchera la réunion des lambeaux au moyen d'une tente de charpie interposée entre eux. On emploiera ensuite les bougies, pour maintenir l'orifice dilaté.

ARTICLE II

IMPERFORATION CONGÉNITALE DE L'HYMEN (1)

Les cas sont très nombreux dans lesquels l'orifice vaginal est complètement fermé, depuis l'urèthre jusqu'à la fourchette. Là où devrait être une fente on voit une simple ligne ou une membrane tendue. Ashwell (2) pense que cette disposition doit être très fréquente chez les jeunes enfants. Nous en avons vu de nombreux exemples, quelquefois même deux ou trois dans la même famille, et nous supposons que bien souvent les parents et les enfants remédient eux-mêmes à cette anomalie avant l'âge où elle pourrait devenir gênante; du moins il est bien sûr qu'elle est bien plus fréquente dans l'enfance qu'après la puberté (3).

Durant la première période de la vie, cette disposition n'a pas d'inconvénient; si l'on en est prévenu, on peut y remédier soit en écartant fortement les lèvres l'une de l'autre, soit en introduisant une sonde cannelée par la partie supérieure de l'hymen: en pressant légèrement sur l'instrument, on déchire toute la membrane; enfin, si les autres procédés échouaient, on a recours au bistouri. Une compresse trempée dans l'huile est introduite entre les lèvres; autrement, elles se réuniraient, et l'opération serait à refaire.

§ I. — Symptômes.

Une fois la puberté arrivée, les règles ne pouvant s'échapper, des accidents se produisent. A chaque époque, le malade éprouve les phéno-

(1) Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, *Histoire des anomalies de l'organisation*, 1832, t. I, p. 551.

(2) Ashwell, *Diseases of women*.

(3) L'examen d'un très grand nombre de nouveau-nés à la Maternité de Paris ne m'a jamais permis de constater que cet accident soit aussi fréquent que semble le penser l'auteur. (Wieland.)

mènes prodromiques de la menstruation : malaise, douleurs dans les reins, pesanteur sur le bas-ventre, fatigue générale, douleur de tête, etc., et, chaque mois, ces accidents augmentent d'intensité, sans qu'on voie apparaître aucun écoulement. D'autres symptômes encore viennent s'ajouter, tels que : de la pesanteur à la vulve, la sensation d'un corps qui tend à descendre, et peu à peu une tumeur apparaît au-dessus du pubis. La santé générale s'altère, l'appétit diminue et même disparaît ; il y a de la constipation, la figure est pâle et blême ; la malade est faible, languissante, incapable de faire aucun mouvement ; elle éprouve presque constamment de la gêne et même de la douleur dans le ventre.

A la fin, l'attention de la mère de la malade est éveillée par les douleurs dont se plaint sa fille, et en même temps par les accidents de congestion locale sans écoulement. On fait un examen complet, et l'on arrive alors à découvrir les causes des accidents. En écartant les grandes lèvres, au point où devrait se trouver l'orifice du vagin, on aperçoit une poche membraneuse qui fait une saillie plus ou moins considérable. Cette membrane est d'un rouge noirâtre ; elle est élastique, rénitente et plus ou moins douce au toucher, suivant son épaisseur. Si l'on appuie sur cette poche on ne détermine aucune douleur, mais le doigt perçoit la sensation d'un liquide. L'épaisseur de cette poche est très variable : tantôt elle est mince comme les parois intestinales, tantôt elle est beaucoup plus épaisse que les parois du vagin. Dans le fait de Physic (1), cette membrane était d'une épaisseur extrême. Dans un autre cas, Cormack (2) a décrit cette poche comme une masse solide de chair.

Dans un fait observé par Debrou (3), il a eu à diviser une substance de 7 centimètres $\frac{1}{2}$ de profondeur avant d'arriver sur l'utérus distendu. L'utérus était lui-même imperforé, et une ouverture fut faite pour donner issue au sang des règles. Par la suite, la menstruation s'établit, la malade se maria et devint enceinte. Au moment du travail, l'orifice utérin ne cédait pas, et Debrou fit plusieurs incisions latérales. Des convulsions survinrent, et il fallut terminer l'accouchement avec les forceps ; une péritonite se déclara au bout de deux jours, et la malade mourut le dixième.

Watson (4) a rapporté l'exemple d'une jeune fille qui n'avait jamais été réglée, mais qui avait des appétits sexuels. A l'examen, on trouva qu'elle n'avait pas de vagin ; il n'y avait point cependant de tumeur abdominale. Watson divisa les tissus jusqu'à la profondeur de 4 centimètres $\frac{1}{2}$, et tomba dans la partie supérieure d'un canal conduisant

(1) Dorsey, *Surgery*, vol. II, p. 368.

(2) Cormack, *Medical Commentaries*, p. 187.

(3) Debrou, *Relation d'un cas d'oblitération complète et congénitale du vagin, avec imperforation du col de la matrice* (*Gazette médicale*, 18 janvier 1851, p. 32).

(4) Watson, *New-York Journal of medicine*, 1845.

à l'ouverture de la matrice. Le fait est que, malgré la bonne santé de la malade et la manifestation des désirs sexuels, la matrice n'était pas développée et les règles ne s'étaient jamais produites.

A la vue et au toucher, les symptômes sont très différents, quand la cloison est mince ou quand elle est épaisse : il faut toujours avoir ces différences présentes à l'esprit.

Si l'on examine l'abdomen au-dessus du pubis, sauf le cas d'atrophie de l'utérus, on trouvera une tumeur variable en volume, suivant la quantité de liquide qu'elle contient, semblable comme forme à l'utérus et occupant la position de cet organe. Si à cette tumeur on imprime un brusque mouvement, une chiquenaude par exemple, on devra sentir le contre-coup de cette chiquenaude sur la membrane étendue entre les lèvres, à moins qu'elle ne soit excessivement épaisse ; on percevra en même temps de la fluctuation. A l'examen par le rectum, on sent, au devant de cet organe, une poche distendue en apparence remplie par du liquide, et pouvant être suivie jusqu'au rebord du bassin.

Le degré de distension varie en haut et en bas, suivant la quantité de sang menstruel retenu. Nous avons vu une tumeur aussi volumineuse qu'un utérus au sixième mois de la grossesse.

Quelle est ou quelle pourrait être la terminaison naturelle d'un état semblable, si les choses étaient abandonnées à elles-mêmes ? Il est difficile de le dire.

Dans un cas de Stedman (1), les règles paraissent s'être échappées par l'urèthre.

Dans une observation de Jackson (2), la terminaison fut la même : l'occlusion avait été découverte par la malade sept ans auparavant, mais on n'avait rien fait pour la guérir. Elle mourut subitement d'une autre maladie ; et, bien que la distension de l'utérus, des trompes de Fallope et du vagin eût été très grande, que le sang se fût accumulé pendant plus de sept ans, probablement pendant dix, les tissus ne s'étaient rompus nulle part.

Nous n'avons pas vu un seul exemple de rupture de l'utérus ni un seul cas dans lequel le liquide se fût ouvert une voie à travers les autres organes.

Marchand (3) a rapporté le fait d'une personne qu'il opéra et qui perdit trois pintes de sang menstruel. La malade alla très bien jusqu'au cinquième jour ; elle fut alors prise de péritonite et mourut le neuvième jour. A l'autopsie, on trouva les trompes de Fallope remplies d'un sang noir jusqu'à l'extrémité ovarienne ; il y avait même quelques gouttes de sang dans le péritoine, ce qui fit admettre par Marchand que cet épanchement de sang avait été la cause de la péri-

(1) Stedman, *Edinburgh medic. and surg. Journal*, vol. XXXVII, p. 26.

(2) Jackson, *Americ. Journal of medic. science*, juillet 1850.

(3) Marchand, *Archives générales de médecine*, juillet 1851.

tonite. Il peut en avoir été ainsi : mais il est assez curieux d'observer que cet épanchement n'eut lieu qu'après que la distension eut cessé, et l'on ne doit pas oublier que, dans ces cas, en dehors de toute effusion de sang, il y aura toujours une tendance à la péritonite. On comprend la possibilité d'un pareil accident, aussi bien que l'état d'épuisement dans lequel tombent les malades par suite de la douleur et de la fièvre. On ne doit donc pas abandonner la maladie à elle-même, surtout quand le remède à apporter est simple et sans danger.

Le mode de formation du cloaque à l'extrémité inférieure du fœtus étant le même que celui de la bouche, il semble raisonnable, dit Humphrey (1), d'admettre qu'à une période de développement plus avancée, une fois le périnée formé, le vagin se trouve comme la bouche, le nez, les yeux, fermé par une membrane rudimentaire; que, plus tard, cette membrane s'écarte, par un effet d'absorption, pour former la structure propre des lèvres et constituer l'ouverture naturelle. La persistance de cette membrane, qui est l'atrésie du vagin, répond à ce que l'on voit souvent chez les jeunes enfants et exceptionnellement chez les adultes. En règle générale, il semble que la rupture de cette membrane se fait de haut en bas; car chez les jeunes enfants dont le vagin est oblitéré, il reste généralement un orifice à la partie supérieure, tout près de l'ouverture de l'urèthre.

§ II. — Traitement.

Sabatier, Dupuytren (2), Capuron (3), se sont prononcés contre l'opération, dans les cas où l'imperforation du vagin était compliquée de l'oblitération de l'utérus. Ils se sont appuyés sur le fait que toute opération pour perforer le col de la matrice était presque fatalement suivie d'une métrite mortelle. De Haen et Paget, de Leicester (4), ont également cité des exemples d'imperforation utérine opérée, et rapidement suivis de mort. Dans le cas de Paget, la malade mourut quatre heures après l'opération. La cause de la péritonite paraît avoir été un épanchement de sang dans le ventre, à travers les trompes de Fallope ulcérées. Maintenant il est difficile de décider si l'utérus est imperforé ou non, dans les cas où le vagin est lui-même fermé. Il faut d'abord une première opération, et il n'est pas logique que la crainte tout hypothétique d'une anomalie empêche une opération qui sera certainement utile. D'ailleurs, les opérations sur le col de l'utérus ne sont pas forcément, ne sont même pas souvent mortelles. Nous posons donc comme conclusion que, dans le cas d'imperforation vaginale,

(1) Humphrey, *Prov. med. and surg. Journal*, 11 décembre 1850.

(2) Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, Paris, 1839.

(3) Capuron, *Traité des maladies des femmes*, 1817.

(4) Paget, *British medic. Journal*, 23 juillet 1859.

le devoir du chirurgien est bien tracé : il doit faire disparaître l'obstacle pour donner issue au sang des règles.

La malade sera placée sur le dos, les cuisses fortement relevées et écartées, et les lèvres maintenues entr'ouvertes par un aide. Si la membrane est de peu d'épaisseur, on plonge un bistouri pointu à la partie supérieure, au-dessus de l'urèthre, on le porte de haut en bas, de manière à faire une ouverture assez large; elle se resserrera toujours suffisamment par la suite.

Si la cloison est plus épaisse, il faut procéder avec plus de précaution : inciser couche par couche, en se servant du doigt comme conducteur jusqu'à ce qu'on ait franchi tout obstacle et qu'on soit arrivé sur la collection ou sur le col utérin. Plus l'incision est grande, plus les précautions doivent être grandes pour inciser toujours en ligne droite et ne blesser ni l'urèthre, ni la vessie, ni le rectum. Une sonde dans la vessie et un doigt dans le rectum seront les meilleurs conducteurs; avec le doigt, on pourra aussi agrandir l'incision, de manière à faire artificiellement un large vagin.

Quelques auteurs ont conseillé une incision cruciale ou en étoile. Baker-Brown (1) conseille d'enlever entièrement l'hymen, afin de mieux empêcher les constrictions et les adhésions. De cette manière, l'opération est plus douloureuse; il faut du chloroforme; mais, malgré tout, si l'hymen est dur et anormalement épais, l'opération est indiquée. Baker-Brown cite deux cas de guérison. Une fois l'obstacle enlevé, il s'écoule un liquide épais, visqueux, d'un brun rougeâtre, sans aucune odeur, et ayant au microscope comme à l'analyse chimique tous les caractères du sang des menstrues. Le liquide qui s'écoula dans un cas de Wormald, examiné au microscope, fut reconnu pour être formé de desquamations épithéliales et de globules sanguins altérés.

Une fois l'opération faite, il faut exercer une compression légère sur la matrice pour la vider et appliquer ensuite un bandage de corps autour du ventre. Pendant un jour ou deux, on peut laisser le liquide s'écouler; mais en même temps il faudra faire des injections vaginales avec de l'eau chaude phéniquée, et introduire entre les lèvres une compresse huilée ou une tente faite avec de la charpie pour empêcher l'orifice de se refermer. Peu à peu l'écoulement cesse, les bords de la plaie se guérissent, l'orifice reste ouvert, et la malade est tout à fait guérie. Mais, à cause de la disposition de ces parties à se contracter et même à se fermer entièrement, la malade devra faire usage de bougies pendant plusieurs semaines; autrement l'opération pourrait bien être à recommencer.

Voici (2) un cas assez curieux à ce point de vue d'hymen imperforé :

(1) Baker-Brown, *Surgical diseases of women*, p. 139.

(2) *Guy's Hospital Reports*, vol. IV, 2^e série, p. 265.

trois fois la malade fut opérée, et trois fois l'orifice se referma, la malade ne voulant jamais faire usage de bougies ni de grosses mèches. A la fin, Callaway excisa la portion centrale de l'hymen et fit usage de petites tentes de charpie que la malade ne put encore supporter que très peu de jours. Dans ce cas, l'orifice du col utérin était aussi fermé par une membrane.

Dans beaucoup de cas, sinon dans tous, une fois la tumeur vidée, il y a une disposition à la péritonite. Par des soins et un repos complet, on peut arriver à combattre cette disposition. Pendant huit ou dix jours au moins, la malade devra garder le lit, observer une diète sévère et entretenir la liberté du ventre. Si l'inflammation tendait à se produire, il faudrait avoir recours au traitement antiphlogistique ordinaire.

Relativement aux faits d'imperforation de l'utérus et du vagin, guéris par opération, il est une question dont nous dirons ici un mot en passant, c'est la question du mariage : doit-il être autorisé ou défendu ? La principale objection porte sur l'utérus, dont nous n'avons pas à parler pour le moment. L'état du vagin, les risques de déchirure auxquels cet organe est exposé pendant le travail, c'est tout ce qui nous regarde pour le moment. A ce point de vue, quand la membrane est d'une épaisseur modérée, que l'orifice a été bien formé, il y a toute raison d'admettre que la conception se fera normalement, et nulle raison pour craindre une déchirure. En conséquence, nous ne serions pas justifiés à nous opposer au mariage. De plus, quand un vagin d'une étendue considérable a été préparé artificiellement, si l'on tient compte du temps qui doit s'écouler avant l'accouchement, de la distension produite par l'usage des parties et de la grande élasticité de ces tissus, nous ne pouvons admettre que les chances de laceration soient assez grandes pour que nous devions défendre la satisfaction de désirs naturels et l'accomplissement d'un devoir social. En résumé, mettant l'utérus hors de cause, nous ne voyons pas que l'imperforation du vagin, une fois la guérison obtenue, doive être considérée comme un obstacle au mariage.

ARTICLE III

IMPERFORATIONS ACCIDENTELLES DE L'HYMEN

Les oblitérations accidentelles de l'hymen sont rares ; cependant Beathy (1) en a réuni quelques exemples. Ryom (2) a rencontré quatre faits de cohésion si complète des grandes lèvres, à l'âge de la puberté, que c'est à peine si l'on pouvait introduire une petite sonde au niveau de la commissure supérieure. Morrisson (3) a vu un cas d'oblitération

(1) Beathy, *Cyclop. of pract. medicine*, VII, art. IMPOTENCE.

(2) Ryom, *Medical Jurisprudence*, p. 129.

(3) Morrisson, *On difficult parturition*, p. 221.

si complète des grandes lèvres, qu'il ne restait pas même la moindre ouverture pour donner passage à l'urine. Ashwell (1) dit aussi avoir vu plusieurs exemples de cohésion intime des grandes lèvres après la puberté : dans deux cas, il fallut même intervenir avec le bistouri pour que le mariage pût être consommé. Nous pensons, sans pouvoir en être certains, que, dans ces divers cas, le défaut de conformation est acquis et non congénital. Putnam (2), de Boston, a rapporté un cas dans lequel il découvrit que le travail était arrêté par une membrane épaisse qui présentait seulement deux ou trois perforations, à peine suffisantes pour laisser passer une sonde : il pense que cette membrane était congénitale. Hurd (3) rapporte un cas d'occlusion complète de l'orifice à la suite d'une plaie : il fit l'opération et obtint un succès complet. Holmes (4) a cité un cas identiquement semblable. J. M. Warren, de Boston (5), a publié trois faits d'occlusion complète du vagin avec rétention du sang menstruel. Deux fois cette occlusion était acquise, et dans le troisième cas elle était congénitale. Ils guérirent tous trois par le procédé habituel. Thompson (6) a décrit un cas d'oblitération de la partie inférieure du vagin, qui se rompit par les douleurs du travail et par quelques manipulations. L'enfant put alors sortir des parties. Cette femme avait eu antérieurement trois enfants.

Hardy a rencontré un cas dans lequel il y avait adhérence des grandes lèvres, depuis la commissure de la fourchette antérieure jusqu'à la distance d'un pouce de la fourchette postérieure. A travers cette petite ouverture, les règles et l'urine s'écoulaient. Hardy n'eut qu'à agrandir cette ouverture, et la malade fut guérie. Cette adhérence s'était, dit-on, produite quand la jeune femme était enfant.

Rokitansky (7) fait remarquer que le vagin peut manquer en entier ou seulement en partie. Dans ce dernier cas, il y a un cul-de-sac ouvert extérieurement à une distance plus ou moins grande des grandes lèvres, ou bien le canal incomplet va s'ouvrir en arrière dans l'urèthre. Dans ce cas, le développement se fait sur deux points extrêmes, et la portion intermédiaire manque ; c'est une transition entre le développement normal et l'atrésie congénitale (8).

(1) Ashwell, *Diseases of women*, p. 722.

(2) Putnam, *Americ. Journ. of medic. science*, octobre 1850.

(3) Hurd, *Western medico-chir. Journ.*, nov. 1850.

(4) Holmes, *New-Orleans med. and surg. Journ.*, mai 1850. Voyez T. Holmes, *Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants*, trad. par le docteur O. Larcher. Paris, 1870, p. 287.

(5) J. M. Warren, *Reports on obstetrics of Amer. med. Associat.*, p. 58.

(6) Thompson, *Lancet*, 24 mars 1855, p. 313.

(7) Rokitansky, *Pathol. Anat.*, vol. II, p. 265.

(8) De nombreux cas d'imperforation de l'hymen ont été rapportés par les auteurs. On peut citer encore : *Journal de médecine pratique*, vol. XXII, p. 501 et 512. —