

en droit d'admettre que les ovaires manquent ou ne sont pas développés, le plus sage est de différer l'opération. Mais si, au contraire, il y a chaque mois un effort menstruel bien accusé, si l'on découvre une tumeur utérine, loin de refuser son assistance à cause des périls qu'il faut courir, le devoir du chirurgien est de tenter l'opération, s'appuyant sur les cas de succès dont nous avons parlé. Plus il faut péné-

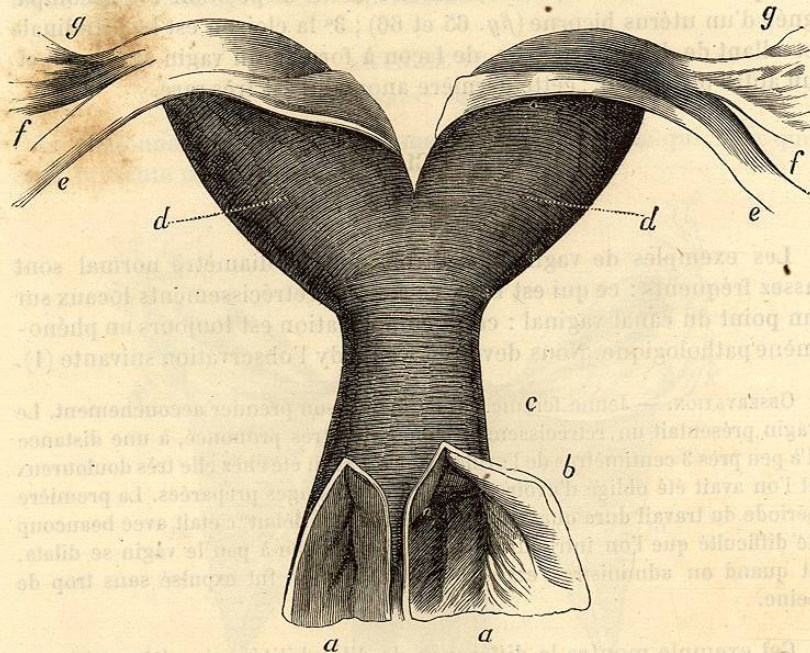


Fig. 66. — Utérus bicornes entièrement doubles et vagins doubles d'une jeune fille de 17 ans d'après Schröder (*).

trer dans le bassin et plus il faudra de précaution, de temps et de patience pour mettre toutes les chances bonnes de son côté.

ARTICLE VIII

OCCLUSION ACCIDENTELLE DU VAGIN

L'occlusion n'est pas congénitale, mais acquise, quand elle est le résultat d'une inflammation antérieure, que cette inflammation tienne à une violence extérieure ou à la pression prolongée de la tête de l'enfant durant la seconde période de l'accouchement.

Les cas d'occlusion complète du canal depuis l'orifice jusqu'au col

(* a, les vagins ouverts. — b, orifice de l'utérus gauche. — c, les deux portions cervicales adossées, ayant l'apparence d'un col unique. — d, d, les deux cornes. — e, e, les ligaments ronds. — f, f, les oviductes. — g, g, les ovaires. (Courty.)

utérin sont peu nombreux. Toutefois, Beck (1) cite un fait de ce genre qui fut guéri par une opération. Dans ce cas, comme dans ceux dont j'ai déjà parlé, l'urèthre dilaté remplissait les fonctions du vagin.

Un exemple d'occlusion dans une grande étendue a été rapporté par Simmons (2).

OBSERVATION. — Mistriss W... était accouchée en 1844, et après l'accouchement, le vagin était le siège d'une grande inflammation et d'un écoulement très abondant. Elle se rétablit et fut parfaitement réglée jusqu'en février 1846. En mars de la même année, elle consulta S..., et voici quel fut le résultat de son examen :

« Sur les grandes lèvres, le clitoris, la fourchette, on ne voyait rien de déficient ni d'anormal, mais en ouvrant la vulve dans toute son étendue, on apercevait les petites lèvres presque entièrement accolées l'une à l'autre, et l'on voyait un tissu dense et fibreux qui s'étendait de l'urèthre à la fourchette et transversalement de la base d'une lèvre à l'autre, fermant ainsi complètement l'orifice du vagin et représentant très bien la paume d'une main au moment où cet organe est ouvert. A la surface de cette membrane, on apercevait des lignes cicatricielles profondes et tortueuses. Au toucher, elle donnait la sensation d'un tissu mou et élastique, mais elle ne présentait aucune ouverture. Convaincu cependant qu'un ou plusieurs orifices devaient exister, puisque les règles n'avaient jamais été interrompues, S... continua l'examen pendant plus d'une heure, essayant chaque point avec une très petite sonde, la portant dans toutes les directions et sur les rugosités muqueuses qui entourent le clitoris, la fourchette, l'orifice de l'urèthre, mais toutes les recherches furent inutiles et il ne trouva pas la moindre fissure qui communiquât avec la matrice ou le vagin. On ne put découvrir sur l'urèthre aucune ouverture supplémentaire, et, pendant les règles, ni l'urine ni les fèces n'étaient teintées de sang.

« Pendant qu'on se demandait ce qu'il y avait de mieux à faire, la malade annonça qu'elle était enceinte, et, malgré l'incrédulité des médecins, ils furent bien forcés de reconnaître la réalité de cette grossesse. Le 16 novembre, le travail commença, et, à l'examen, Simons découvrit une tumeur très tendue, pressant de haut en bas sur le vagin qu'elle remplissait et présentant l'aspect d'une structure fibreuse. Les douleurs de l'accouchement continuant avec intensité, la malade fut placée sur le dos, les cuisses écartées, les lèvres ouvertes avec le pouce et l'index de la main gauche : l'opérateur, partant de la partie la plus saillante de la tumeur, fit une incision dans l'étendue de 3 centimètres suivant une ligne directe depuis l'urèthre jusqu'au périnée. La couche à diviser avait à peu près 2 centimètres d'épaisseur; elle était ferme, d'une structure fibreuse, montrant clairement que l'occlusion n'était pas le résultat d'un simple accolement des bords du vagin, mais bien d'une nouvelle formation de tissu tendineux. Le travail marcha favorablement, les parties molles cédèrent sans difficulté et tout se termina sans accident. »

Dans le cas de Newnham l'orifice semble avoir été fermé par suite

(1) Beck, *Medical Jurisprudence*, p. 63.

(2) Simmons, *Lancet*, 1847, p. 651.

d'un travail mal dirigé. M. N... incisa sur la cicatrice, et dilata ensuite le conduit avec des bougies. Meigs rapporte un cas dans lequel une oblitération complète du vagin eut lieu après le premier accouchement.

Dans un autre cas, Randolphe fit avec le bistouri un nouveau canal : au bout de quelque temps il ponctionna l'utérus et donna ainsi issue aux règles. La malade se rétablit.

Dans beaucoup de ces cas d'occlusion secondaire, si elle est bien complète de manière que rien ne puisse s'échapper, il ne se fait pas de sécrétion, par conséquent pas d'accumulation de liquide, bien que les symptômes menstruels reparaisent chaque mois.

On peut dans le canal même rencontrer des noyaux durs, des cicatrices de formes irrégulières, des bandes cicatricielles circulaires ou en spirale, qui rétrécissent le canal au point de le rendre irrégulier et tortueux, quelquefois même le ferment presque entièrement.

Dans d'autres cas, les adhérences peuvent s'être établies d'une paroi à l'autre du vagin, de manière à le diviser en deux chambres, tantôt laissant un espace considérable au-dessus du point d'adhérence, tantôt se fermant complètement à la partie inférieure sans laisser le moindre passage, tantôt présentant une petite perforation à travers laquelle s'écoulaient les règles.

Enfin, dans quelques cas, les parois vaginales sont adhérentes dans toute leur étendue : il n'y a plus de canal.

Jusqu'à un certain point, les conséquences fâcheuses sont en proportion de l'étendue et de la résistance des adhérences. Si ces adhérences sont complètes, les règles une fois produites s'accumuleront et distendront les parties ; mais souvent, comme l'a fait observer Kennedy, elles cessent de se produire. Si le canal est encore perméable, la menstruation s'établira comme d'habitude sans difficulté, et généralement aussi sans souffrance. Presque toujours les rapprochements sexuels sont difficiles, douloureux ou même impossibles ; mais dans les cas mêmes où les règles ne paraissent pas, il ne faut pas compter que la fécondation soit impossible ; il faut avoir bien soin de ne pas s'avancer imprudemment à ce sujet : on a vu des exemples de grossesse dans des cas où l'on ne pouvait découvrir aucune perforation.

On ne peut s'empêcher de regretter cette possibilité de grossesse ; quels que soient les cas, la grossesse et surtout l'accouchement deviennent une complication très grave. Sans doute, dans les cas peu graves, la pression de la tête de l'enfant déchire les adhérences ; mais dans beaucoup d'autres, si les choses sont abandonnées à elles-mêmes, il arrive souvent une rupture, soit du vagin, soit de la matrice. Dans tous les cas, il vaut mieux avoir recours à une opération qui, malgré les dangers qu'elle entraîne, malgré l'inflammation à laquelle elle donne lieu, peut du moins guérir.

Ces cicatrices, callosités, adhérences, sont, dans tous les cas, le résultat de l'inflammation et de la suppuration : que la cause première soit une blessure accidentelle, des tentatives d'avortement, une maladie, la pression trop prolongée de la tête pendant le second temps de l'accouchement ou l'emploi du forceps. Il faut aussi noter que les lésions du vagin peuvent avoir été produites après la conception pendant la grossesse, et on ne les découvre qu'au moment de l'accouchement. Une complication fréquente et très grave est la perforation de la vessie et du rectum : en pareil cas, l'infirmité est bien plus pénible, et le traitement beaucoup plus difficile.

Les faits que nous allons citer maintenant confirmeront ces diverses assertions.

Barrett (1), du Kentucky, a rapporté une observation de rupture de l'utérus pendant le travail, dans un cas d'adhérence très étendue du vagin.

Kennedy (2) a publié plusieurs observations d'une semblable lésion ; il cite deux cas dans lesquels l'orifice du vagin avait les dimensions normales ; mais à 2 ou 3 centimètres de l'orifice, le canal se rétrécissait brusquement, ne demeurant perméable que du côté de la paroi recto-vaginale.

Il cite encore, d'après Charles O'Reilly, un cas dans lequel les parois du vagin avaient adhéré dans une étendue de 3 centimètres ; après une ablation de polype, les adhérences furent coupées avec le bistouri, les règles se rétablirent, et, grâce à l'usage des bougies de cire, la malade se guérit complètement.

Doberty (3) a publié deux cas dans lesquels on ne connut l'état du vagin qu'au moment de l'accouchement. Dans le premier cas, une bride épaisse circonscrivait toute la partie supérieure du vagin, en diminuait notamment le calibre, et offrait une telle résistance que l'utérus se rompit.

Dans la deuxième observation, une expansion fibreuse très résistante existait à 7 centimètres de l'entrée, près du col utérin, rétrécissant le calibre du vagin au point que l'extrémité du doigt pouvait seule y pénétrer. Cette femme était enceinte, et au moment de l'accouchement l'enfant se présenta par l'épaule. On coupa les adhérences, la version fut faite, l'enfant extrait de l'utérus ; mais une phlébite se déclara et la malade mourut.

Kask, de New-York, a réuni trente-six cas d'occlusion vaginale. Dans quinze de ces cas, l'accident fut le résultat d'un travail long et pénible. Dans un seizième, la maladie fut la conséquence de tentatives d'avor-

(1) Barrett, *Western. medic. and phys. Journal*, vol. VIII, p. 206. — Taurin, Thèse de Paris, 1853, 26 décembre.

(2) Kennedy, *Dublin Journal*, vol. XVI, p. 93.

(3) Doberty, *Dublin Journal*, t. XXI, p. 67.

tement. Dans un dix-septième, elle fut le résultat d'une vaginite qui persista pendant toute l'enfance. Dans un dix-huitième, elle était congénitale. Dans un exemple cité par Lisfranc (1), elle était le résultat d'ulcères syphilitiques négligés. Parmi tous ces cas, les uns furent abandonnés à la nature, les autres opérés, et, après avoir fait la somme des succès et des insuccès de part et d'autre, Kask (2) conclut qu'abandonner ces cas à eux-mêmes, c'est faire courir aux malades de grands risques ; tandis qu'avec la section par le bistouri, la guérison est presque assurée ; il faut seulement opérer le plus tôt possible.

M. Square, de Plymouth (3), a rapporté un cas dans lequel le vagin était presque fermé à un pouce de son orifice, et formait au-dessus de l'adhérence un large cul-de-sac. Il perfora la cicatrice avec une sonde, dilata ensuite l'ouverture, et donna ainsi issue au sang des règles. L'ouverture fut maintenue dilatée avec des bougies.

Oldham (4) a rapporté un fait, dans lequel l'ulcération fut produite par l'usage de forceps : le rétrécissement était tellement prononcé, que c'est à peine si la première phalange de l'index pouvait passer. Sur un point, la cicatrice faisait une saillie pointue dans le vagin. La malade était enceinte et l'état des parties était tel, que la malade courait beaucoup de danger, si l'on attendait le moment normal du travail. Oldham sectionna d'abord la cicatrice, puis, sans faire courir aucun danger à la mère, détermina un accouchement prématuré.

Dans un exemple de Danyau (5), le rétrécissement était la suite d'une blessure reçue pendant l'enfance : il était tellement considérable qu'une sonde de femme pouvait à peine passer.

Dans un cas de Devisac (6), un rétrécissement semblable était la suite d'un accouchement très pénible. Dans les deux cas, une grossesse survint, et le travail se termina par la déchirure des adhérences.

Dans un cas de Muro (7), le vagin semble être devenu adhérent dans toute son étendue après un travail pénible, mais l'oblitération n'était pas complète, car la malade devint enceinte. Il se fit un avortement au cinquième mois, et le docteur M... jugea nécessaire d'inciser le vagin et de faire la craniotomie. La malade se rétablit, et l'on fit en sorte de maintenir le canal perméable.

Dans un cas de Sawyer (8), le rétrécissement siégeait à une distance

(1) Lisfranc, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, Paris, 1841-43.

(2) Kask, *American Journal of medical science*, Juillet 1848, p. 114.

(3) Square, *Dublin Journal*, t. XXVI, p. 156.

(4) Oldham, *London medical Gazette*, 1849, vol. X, p. 45.

(5) Danyau, *Observation sur un cas de dystocie produite par un cloisonnement transversal du vagin compliqué de prolapsus* (*Archives générales de Médecine*, Paris, 1840, t. X, p. 63, et *Gazette médicale*, 1841, n. 20).

(6) *New-Orleans medic. Journal*, avril 1845.

(7) *Ranking's Half Yearly Abstract*, vol. IV, p. 187.

(8) *Dublin Journal*, vol. XXII, p. 481.

de 2 pouces, à peu près, de l'orifice externe ; en apparence, il était complet. La malade était en train d'accoucher, et il fallut sectionner ce rétrécissement, qui avait une épaisseur de un centimètre. Malgré cette opération, il fallut faire la craniotomie. La malade guérit.

Si la liste de ces faits n'était déjà assez longue, nous pourrions en citer encore plusieurs tirés de notre propre pratique. Tantôt la cicatrice était circulaire ou en spirale, tantôt le calibre du vagin était diminué dans toute son étendue, ou bien le canal était divisé en deux conduits parallèles ; tantôt le doigt pouvait passer et arriver jusque sur le col utérin, tantôt cette manœuvre même était impossible. Quelques-unes de nos malades étaient des femmes d'un âge mûr, et l'oblitération était relativement récente ; chez d'autres, la lésion était très ancienne. Aucune de nos malades ne devint enceinte une fois l'oblitération produite. Toutes faisaient remonter leur maladie à des accouchements antérieurs pénibles. Chez quelques-unes, nous réussîmes par l'emploi des bougies ; chez d'autres, nous échouâmes ; mais il nous parut très rarement nécessaire ou prudent d'avoir recours au bistouri.

Nous ne rapporterons qu'un seul cas, parce qu'il montre que l'occlusion peut siéger à la partie supérieure du vagin et n'entraîner qu'une très petite difformité.

OBSERVATION. — Nous fûmes consultés par une dame qui avait été atteinte d'une ulcération du vagin après une couche. Son mari mourut, et elle se remaria, sans éprouver aucune gêne dans l'accomplissement de ses devoirs de femme. A l'examen, on trouvait un vagin de calibre normal, se terminant en cul-de-sac à 9 pouces de la vulve. Au-dessus de ce cul-de-sac on sentait le col utérin. En introduisant un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin, on saisissait le col. Au spéculum, on voyait parfaitement les cicatrices : elles étaient molles au toucher ; mais il fut impossible d'introduire la plus petite bougie jusque sur le col, et cependant la malade avait eu ses règles régulièrement et sans douleurs. On nous demanda si cette dame pouvait devenir enceinte ; nous admîmes que ce n'était pas impossible, mais que c'était peu probable. Les faits que nous avons cités justifient, croyons-nous, cette opinion. Nous conseillâmes de faire une ouverture pour mettre l'utérus en rapport direct avec le vagin, mais la malade préféra rester telle qu'elle était.

§ II. — Pronostic.

Le pronostic doit être très réservé, sauf les cas où le rétrécissement est très petit. En dehors de la complication de grossesse, l'opération est souvent suivie d'inflammation non seulement du vagin, mais même du péritoine ; et si la malade est enceinte, à ces dangers d'inflammation il faut ajouter ceux d'une rupture du vagin ou de l'utérus. Toutefois la rupture de l'utérus est encore plus à craindre quand on ne voit la malade qu'au moment de l'accouchement et qu'il n'y a pas eu d'opération.

§ III. — Traitement.

Il faut faire appel à tout son jugement pour tracer en pareil cas une ligne de traitement. Il faudra tenir grand compte de l'âge et de la constitution de la malade, de l'étendue du rétrécissement, de son siège, de l'existence d'une grossesse, de l'imminence d'un accouchement.

Avant d'en venir aux indications spéciales sur la conduite à tenir dans les différentes circonstances qu'il a observées, nous croyons devoir montrer par l'exemple suivant, emprunté à la clinique de P. Dubois, qu'il ne faut pas toujours se presser de recourir à une opération qui, simple en apparence, n'est, en réalité, pas toujours exempte de dangers. Les figures 67, 68 et 69, dessinées d'après nature par M. Chailly

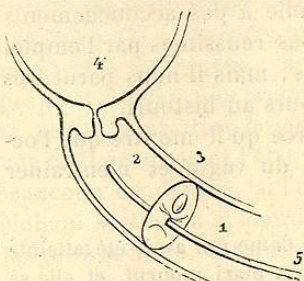


Fig. 67. — Cloison vaginale supposée en coupe (*).

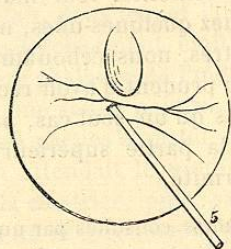


Fig. 68. — Avant l'accouchement, vue au spéculum. (CHAILLY.)

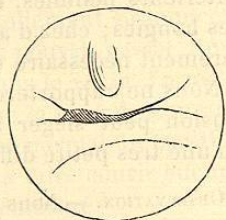


Fig. 69. — Après l'accouchement, vue au spéculum. (CHAILLY.)

lui-même, montrent un diaphragme membraneux, oblitérant presque complètement le vagin chez une jeune fille de seize ans. Cette fille entra dans le service de la clinique pour y accoucher. Dubois ne voulut faire aucune opération, il attendit les événements, prêt à agir si quelque indication se présentait. L'accouchement se termina heureusement, la nature avait suffi à vaincre l'obstacle, et la figure 69 montre le diaphragme revenu sur lui-même, comme le col utérin, après l'accouchement. Moreau, dans un cas analogue, s'est tenu dans la même réserve avec le même succès ; mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement.

1. Si le rétrécissement est peu prononcé, si le tissu cicatriciel est souple ou dilatable, on arrivera probablement à dilater suffisamment avec des éponges préparées et des bougies de cire ou de gomme élastique.

2. Si le rétrécissement est plus prononcé et que le tissu cicatriciel soit dur et saillant, il faudra d'abord inciser avec le bistouri, et n'avoir recours qu'après cette section aux éponges préparées et aux bougies.

(*) 1, chambre antérieure; 2, chambre postérieure; 3, diaphragme; 4, utérus; 5, sonde traversant le diaphragme. (CHAILLY.)

Dans ces deux classes de faits, nous admettons que l'occlusion, bien que partielle, est un obstacle au coït, et peut en devenir un à l'accouchement et entraîner des obstacles ou des dangers. Si la malade était une veuve ou une femme avancée en âge, il ne faudrait certes pas lui faire courir les risques d'aucune opération.

3. Enfin, si le vagin est entièrement oblitéré sur un point, il faut dans tous les cas, sauf chez les femmes très avancées en âge, refaire un canal, à cause des dangers de l'accumulation du sang dans l'utérus. Si même, sans l'être tout à fait, le vagin est sur le point d'être oblitéré complètement, il faut se décider pour l'opération.

Dans cette opération, il y a deux principaux dangers à éviter : blesser le rectum en arrière, blesser la vessie et l'urèthre en avant. Il faudra, pendant l'opération, maintenir une sonde dans la vessie et un doigt dans le rectum ; de cette manière, à chaque coup de bistouri on sera averti si l'on se rapproche trop de l'un des deux organes. A ce point de vue aussi, il est plus prudent de faire l'incision dans le vagin latéralement plutôt que perpendiculairement. Au niveau de l'orifice interne, s'il était oblitéré, l'incision doit être faite à partir de l'urèthre jusqu'à la fourchette, dans l'étendue d'une vulve ordinaire.

Pendant l'opération, la malade sera placée sur le bord d'une table, et sur le dos, les pieds appuyés sur le dos de deux chaises et les cuisses fortement écartées. Un aide écarte les grandes lèvres : on reconnaît exactement la situation de l'urèthre, de la vessie et du rectum, et l'on pratique une incision, soit latérale, soit perpendiculaire, suivant l'étendue et la profondeur nécessaires. Une fois la première incision faite, on écarte les parois du vagin avec une large spatule, de manière à voir les parties dans une certaine étendue et à pouvoir, au besoin, faire usage d'un petit spéculum de cristal. Chaque incision doit être peu profonde. On ne peut prendre trop de précautions. Après chaque coup de bistouri, il faut, soit avec le doigt, soit avec le manche du scalpel, écarter les parties adhérentes, et à chaque pas il faut toucher par le rectum. Ainsi peu à peu, moitié en incisant, moitié en déchirant, on arrive jusqu'au col de l'utérus. Là on devra s'assurer qu'il est perméable, en introduisant un cathéter ou en écartant les lèvres avec la pointe du bistouri ou un trocart.

Dans cette description sommaire, nous avons supposé que le vagin était oblitéré depuis son orifice jusqu'à l'orifice de l'utérus. Si l'oblitération est moins considérable, les incisions seront aussi moins profondes, mais le procédé opératoire sera toujours le même. Il est à désirer que l'espace qu'on se donne par l'incision soit considérable, car il y a toujours, plus tard, une tendance marquée à la rétraction ; mais il est aussi inutile et même dangereux de tomber dans l'excès contraire.

Une fois l'opération terminée, on introduit entre les lèvres de la plaie une mèche de linge enduite d'huile, que l'on fait pénétrer plus loin