

jamais se manifester, quoique la menstruation n'ait pas lieu, et ne soit cependant pas remplacée par une autre hémorrhagie. C'est ce qui a lieu lorsque, avec une imperforation du vagin, il y a absence plus ou moins complète de l'utérus. On devra supposer l'existence de cette double anomalie, dont les annales de la science offrent des exemples, chez les femmes qui auront passé sans accident l'époque où l'appareil génital entre en action, et exhale ordinairement le flux menstruel.

Le diagnostic des imperforations vaginales est en général assez facile, et il suffit d'une exploration attentive des organes génitaux pour dissiper les incertitudes que peut d'abord faire naître un état aussi insolite.

On reconnaît que la cloison qui forme l'obstacle n'est autre chose que la membrane de l'hymen, lorsqu'au milieu des grandes lèvres, on trouve une tumeur demi sphérique, livide ou bleuâtre, molle et fluctuante, et rendue saillante par le poids du sang accumulé au-dessus d'elle. Dans ce cas, pour détruire l'obstacle, la plupart des auteurs ont conseillé de plonger au centre de la tumeur un bistouri droit, de manière à faire une incision cruciale; l'opération est ensuite terminée en enlevant les petits lambeaux qui résultent des incisions, avec le secours d'une pince et de ciseaux courbés sur leur plat. Pour s'opposer à la réunion de la plaie, une tente de charpie

enduite de cérat, et placée entre ses bords, suffit dans le plus grand nombre des cas.

Lorsque l'occlusion du vagin est causée par la membrane de l'hymen, *Celse* (1) conseille l'incision, qu'il décrit de la manière suivante: « *Si membrana ori vulvæ opposita est.... oportet autem membranam duabus lineis, inter se transversis, incidere ad similitudinem litteræ X, magnâ curâ habitâ, ne urinae iter violetur; deinde undique eam membranam excidere.* »

Avicenne (2) prescrivait un mode d'opération qui consistait à rompre la membrane avec un doigt garni d'un linge, et *Mauriceau* conseillait de la déchirer avec les ongles.

La méthode de remédier à la rétention des règles par l'imperforation de l'hymen, au moyen d'une incision cruciale, est souvent suivie d'accidents graves, parce que, donnant lieu à une évacuation subite d'une grande quantité de liquide, il est impossible que les parois des organes génitaux, trop rapidement vidés, puissent revenir immédiatement sur eux-mêmes, ce qui souvent détermine des inflammations mortelles et des fièvres du plus mauvais caractère.

Pour obvier le plus possible aux accidents fâcheux qui peuvent résulter de l'opération que nous venons de décrire, et surtout pour conserver en partie la

(1) Cels. de med., lib. VII, cap. 29.

(2) Avicenne, lib. III, feu. 21, tr. 4, cap. 1.

membrane de l'hymen à laquelle on attache une grande importance morale, nous proposons le procédé suivant, qui est aussi simple que facile et au moyen duquel on ne craint pas dans aucun cas de blesser les parois du vagin.

Après avoir placé la femme comme pour l'application du speculum, on doit faire écarter par un aide les grandes et les petites lèvres, puis saisissant le point central de la tumeur, avec une airigne, ou encore mieux, avec une pince à larges mors, on fait saillir une petite portion de la membrane obturatrice, et on coupe ensuite de bas en haut cette partie saillante avec des ciseaux fortement courbés sur leur plat, ou, encore mieux, avec le ciseau *emporte-pièce*, que nous avons inventé pour l'*extirpation* du frein de la langue (1). L'ouverture qui résulte de l'opération ainsi pratiquée, présente une petite circonférence ovulaire, qui imite assez bien la perforation naturelle de la membrane de l'hymen, et qui permet, par l'évacuation plus lente du sang, que la matrice et les autres organes distendus reviennent sur eux-mêmes d'une manière graduée, et ne présentent pas tout-à-coup un vide considérable. Il résulte

(1) Cet instrument, décrit et dessiné dans notre *Traité du bégaiement*, et dans la *Revue médicale*, sera également représenté dans notre *Dictionnaire historique et iconographique de toutes les opérations et des instruments et appareils de la chirurgie ancienne et moderne*, avec 1500 dessins. 4 vol. in-8°. Paris, 1836
13 37.

de là que l'air introduit en moindre quantité et d'une manière moins brusque, ne détermine pas aussi facilement les inflammations intenses et souvent mortelles qui ont lieu lorsqu'on emploie la méthode ordinaire.

Quelquefois il existe deux membranes placées l'une au-dessus de l'autre. *Fredéric Ruisch* (1) a publié une observation, où il fut obligé de les inciser l'une et l'autre. *Thomas Willis* dit avoir été appelé pour donner des soins à une femme qui était au moment d'accoucher, et qui éprouvait de vives douleurs depuis trois jours. Après avoir exploré attentivement les organes sexuels, il découvrit une membrane qui adhérait au pourtour de la vulve et qui empêchait la sortie du fœtus. Après y avoir fait une incision, voyant que l'accouchement ne se terminait pas mieux, il se livra à un nouvel examen, et reconnut la présence d'une seconde membrane qui était située plus profondément, et s'opposait à la sortie de l'enfant. Il détruisit ce second obstacle, et l'accouchement se termina bientôt de la manière la plus heureuse.

Dans quelques cas, une bande membraneuse plus ou moins épaisse divise l'orifice du vagin en deux petites ouvertures latérales, et c'est sans doute cette sorte de colonne charnue qui a porté *Morgagni*, *Valsava* et d'autres auteurs à désigner l'hymen par le nom pittoresque de colonne de la virginité,

(1) *Fredéric Ruisch*, *Observat. chirurg.* 22 et 32.

columna virginitatis. Quelquefois cette bande perpendiculaire est coupée en travers par une ou plusieurs autres bandes placées horizontalement, ce qui forme une sorte de diaphragme criblé, comme *Fabrice de Hilden* (1), *Viardel* (2) et le professeur *Flamand* (3) en rapportent des exemples.

On a vu des femmes imperforées, dont l'erreur a été quelquefois partagée par des médecins ignorants, prendre leur canal de l'urètre pour leur vagin rétréci, et, après l'avoir dilaté le plus possible, lui faire remplir les fonctions de ce dernier, d'où il est résulté une incontinence d'urine souvent incurable, et plusieurs autres accidents (4).

(1) *G. Fabrice de Hilden*, cent. III, observ. 60.

(2) *Viardel*, observation sur la pratique des accouchements, page 167.

(3) Dissertation inaug. du doct. *Villette*, année 1824.

(4) Dans le journal de médecine publié à Orléans par M. Latour le fils, et dans l'article *impuissance*, du *Dictionnaire des sciences médicales*, on lit un fait rapporté par *Morgagni* (*). Un paysan des environs d'Orléans ayant mal interprété une expression métaphorique échappée à son confesseur, qui attribuait à ce qu'il n'était pas dans la bonne voie, la stérilité de son mariage, fut assez simple pour substituer l'urètre au vagin. Les commencements furent pénibles; mais à l'aide d'une dilatation progressive, opérée par divers moyens mécaniques, il parvint à son but, et resta encore quelque temps dans l'erreur, jusqu'à ce qu'une incontinence d'urine et d'autres accidents eussent forcé la femme d'avoir recours aux soins d'un médecin.

(*) *Morgagni*, lettre 46, n. 12.

Le docteur *Villette* rapporte, dans sa dissertation inaugurale, qu'une dame de Strasbourg reçut les soins de M. *Chevalier* pendant le cours de sa parturition. Après l'avoir touchée, il fut étonné d'être dans une ouverture lisse. Dans cette incertitude, il fit demander le professeur *Flamand*, qui exigea de la malade un examen sévère des parties. Mais quel fut son étonnement de voir le canal de l'urètre dilaté à un tel point qu'il permettait l'introduction du doigt pour exécuter le toucher. A l'entrée, il existait une lame criblée, par laquelle l'écoulement menstruel avait eu lieu. Cette membrane fut excisée, et l'accouchement se termina fort heureusement. Lorsque la membrane qui obture le vagin est très épaisse, le doigt porté sur elle éprouve plus de résistance, et perçoit avec plus de peine la fluctuation, qui est bien manifeste quand la membrane est très mince.

L'opération qui convient dans ce cas consiste à s'assurer d'abord, au moyen d'une sonde, de la disposition de la vessie et à explorer le rectum par le toucher; puis après avoir fait écarter les grandes lèvres par un aide, on pratique une incision cruciale au moyen d'un bistouri droit dont la lame, portée sur le doigt indicateur, est garnie d'un linge jusqu'à six lignes de son ouverture; on procède ensuite à l'excision des lambeaux, comme nous l'avons indiqué plus haut, et l'on maintient l'ouverture, suffisamment distendue, avec une forte mèche enduite

de cérat portant un fil fixé à sa base et renouvelée tous les jours. Le sang qui s'échappe au dehors est ordinairement visqueux, noir et fétide; il sort d'abord avec force au moment de la ponction et finit ensuite par s'écouler goutte à goutte.

Pour aider à nettoyer les cavités génitales de la femme, et pour entraîner surtout les caillots de sang qui par leur séjour pourraient devenir une cause d'inflammation, il faudra avoir recours à d'abondantes lotions émollientes, et ensuite à des injections détersives et légèrement résolatives ou même antiseptiques selon les circonstances et les indications.

Lorsque la cloison vaginale est charnue, *Celse* (1) conseille d'y faire une incision longitudinale, et de saisir ensuite les bords avec des pincés ou un crochet afin d'en exciser une bandelette. Il introduisait ensuite dans la plaie une tente oblongue trempée dans du vinaigre et appliquait par dessus de la laine grasse imbibée de la même liqueur; enfin il assurait le tout au moyen d'un bandage convenable. Le troisième jour il enlevait l'appareil et se conduisait pour le reste du traitement, comme dans les autres blessures. Lorsque la plaie commençait à guérir, il y introduisait une canule de plomb enduite d'une substance propre à cicatriser, et il appliquait par-

(1) *Corn. Cels., de Med., lib. VII, cap. 28.*

dessus le même médicament jusqu'à la formation complète de la cicatrice.

Pour détruire l'atrétisme, résultant de la présence d'une membrane épaisse, *Hippocrate* (1) et plusieurs médecins ont proposé les caustiques; *Bauhin* (2), entre autres, s'en servit sur une malade qui succomba après la chute de l'escharre. *A. Paré* (3) et son disciple *Guillemeau*, voulaient que l'on fit une incision de haut en bas; d'autres ont pensé qu'il valait mieux la faire obliquement pour être moins exposé à blesser le canal de l'urètre; le célèbre *Du-puytren*, dont les opinions pratiques sont d'un si grand poids, conseillait d'inciser de haut en bas et surtout de prolonger l'incision jusqu'à la partie la plus déclive pour éviter la stase du sang et des mucosités, et surtout afin de dispenser la femme de l'usage désagréable et incommode des injections vaginales.

Quand la membrane qui cause l'occlusion est située profondément, le vagin conserve presque toujours ses dimensions ordinaires, au-dessus de l'obstacle; il arrive même quelquefois que, par l'accumulation prolongée du sang des règles, il acquiert, à sa partie supérieure, une dilatation anormale. Pour détruire la membrane, dans ce cas, il faut la mettre à

(1) *Lib. de Sterilibus, et lib. II, de Morbis mulierum.*

(2) *Anatomie, livre I, chapitre 39.*

(3) *Livre IV, chap. 59, page 998.*

découvert et protéger les parois du vagin au moyen du spéculum, puis pratiquer une incision cruciale faite obliquement pour éviter le plus possible que la pointe de l'instrument n'aille atteindre le rectum et la vessie. On enlèvera ensuite les quatre lambeaux, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Dans le cas, assez fréquent, où la membrane, épaissie et charnue, forme une bande annulaire dans la cavité du vagin et ne présente qu'une petite ouverture; comme l'ont observée *Daniel Sennert*, de Breslau (1), *Chambon* (2), *Ambroise Paré* (3), le professeur *Flamand* (4), le sang des règles s'échappe en dehors; mais son écoulement n'a lieu que goutte à goutte. Cette sorte de dysménorée, par son excretion, détermine toujours la tension des parties externes de la génération et un sentiment de pesanteur vers le siège, accompagné de douleurs assez vives à l'hypogastre et d'une sensibilité anormale de tous les organes contenus dans la cavité pelvienne.

Le moyen de remédier à cette anomalie, qui s'oppose en outre à l'union des sexes et à la conception, consiste d'abord à agrandir l'ouverture avec un bistouri boutonné en faisant une incision cruciale, puis à détacher les lambeaux; et enfin à maintenir la dila-

(1) *De morbis mulierum*, lib. IV, pars. 1.

(2) *Maladies des filles*, liv. I, chap. 2, p. 51.

(3) *Paré*, liv. XXIV, chap. 19.

(4) *Leçons orales à la Faculté de Strasbourg*.

tation au moyen d'une forte canule, ou d'une tente quelconque. On devra, avant l'opération, acquérir la certitude que l'occlusion n'est due qu'à la présence d'une membrane, en introduisant une sonde dans la petite ouverture qui se trouve sur un des points de l'obstacle, au-dessus duquel le bout de l'instrument devra se mouvoir avec liberté, si effectivement la femme présente le genre d'occlusion incomplète que nous venons de signaler avant d'avoir fait vider la vessie à l'aide du cathétérisme et le rectum au moyen d'un lavement, parce que les matières solides ou liquides qui pourraient se trouver dans ces cavités, les rendraient plus saillantes et par conséquent plus accessibles à l'instrument tranchant.

DE L'ÉTROITESSE CONGÉNIALE DU VAGIN.

L'étroitesse du vagin est un vice congénial, tandis que le rétrécissement et l'oblitération de ce canal dépendent de plusieurs causes accidentelles que nous signalerons bientôt.

Dans certains cas, on a vu le diamètre du conduit vaginal ne pas excéder cinq à six lignes; ce vice originel de conformation, comme ceux dont nous avons déjà parlé, s'oppose à l'accomplissement des actes auxquels il est destiné par la nature. Si pour triompher de l'obstacle dans les rapprochements sexuels, on exerce des efforts brusques et réitérés, il

en résulte une inflammation considérable et un froissement qui peut déterminer un écoulement et tous les accidents de la strangurie, ce qui a fait croire que ces désordres étaient déterminés par une affection vénérienne. Lorsque, dans ces circonstances, on aura dissipé l'inflammation par l'application des topiques émollients et les autres moyens antiphlogistiques, tels que la saignée, l'application des sangsues, les bains, les narcotiques, les antispasmodiques, les boissons délayantes et tempérantes, il faudra chercher à dilater les parois vaginales, au moyen de corps dilatants et susceptibles de se gonfler; par exemple, des morceaux d'éponges préparées, des racines de gentianes enduites de cérat, de grosses sondes et de pessaires cylindriques de caoutchout, dont on augmentera progressivement le diamètre, jusqu'à ce que le canal vulvo-utérin ait acquis des dimensions normales.

Pour remplir le même but, *Hippocrate* conseillait d'avoir recours à un tube d'étain. Sans suivre le conseil du père de la médecine, nous pensons qu'on pourrait employer avec avantage une sorte de dilateur cylindrique et composé de trois ou quatre valves réunies par des charnières que l'on ferait se mouvoir et s'écarter plus ou moins, au moyen d'une vis disposée comme celle du spéculum brisé que nous avons inventé, et dont nous donnons un dessin à la fin de cet ouvrage.

Comme l'étroitesse du vagin peut n'occuper qu'une partie de ce canal, on devra, avant tout, s'assurer de son siège et de son étendue, au moyen d'une sonde qu'on cherchera à faire basculer en tous sens. Lorsque l'instrument explorateur se trouvera gêné après son introduction, et surtout lorsqu'il lui sera impossible de faire dévier son extrémité, on aura acquis la certitude que le rapprochement des parois occupe toute la longueur du canal; mais au contraire, si les mouvements de bascule sont possibles supérieurement, on aura à faire une étroitesse bornée à quelques lignes.

Dans le cas de manque de développement des parois vaginales, les surfaces internes sont comme racornies, et semblent fibreuses et très peu dilatables. Pour faciliter leur ampliation, nous ajoutons à l'emploi des corps dilatants, celui des injections huileuses, mucilagineuses, des bains locaux, des fumigations et surtout l'usage fréquent des suppositoires de beurre de cacao introduits dans le vagin.

Les moyens que nous venons d'indiquer agissent presque toujours d'une manière efficace, et n'offrent jamais les dangers qui seraient les conséquences inévitables d'une dilatation obtenue par tout autre méthode. D'ailleurs, si, en agissant de la sorte, les succès ne sont pas toujours durables, on a l'avantage de pouvoir y revenir sans nul inconvénient et sans compromettre la vie des malades.

L'étroitesse congéniale du vagin ne s'oppose pas toujours à la conception, qui peut avoir lieu quelquefois sans intromission du pénis. Les exemples que nous avons déjà cités, page 130, et ceux que possède la science, sont trop nombreux pour qu'on puisse élever le moindre doute à cet égard. « On trouve même, dit Boyer dans *les Mémoires de l'Académie des sciences*, année 1771, une observation d'étroitesse du vagin, qui disparut dans la grossesse, sans aucun secours de l'art. Une femme mariée à l'âge de 16 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 lésion 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 ne 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, 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 (année 1748) contient une seconde observation analogue. 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 ; seulement ici la dilatation ne survint que dans le plus fort du travail. »

La *Lancette française, gazette des hôpitaux*, a publié, d'après la *Revue médicale du Brésil*, dans son numéro du 14 août 1832, l'observation suivante. Une mulâtresse fut violée par un habitant du Brésil. Cette fille était au service d'une dame qui ne fit pas attention à l'élévation de son ventre, et la croyant atteinte d'un hydropisie, lui fit administrer divers remèdes de ceux qu'on appelle désobstruants. Au bout de quelques mois, la gestation fit des progrès, et un chirurgien qui fut appelé trouva le vagin si étroit, qu'il pouvait à peine permettre l'introduction d'une plume à écrire. L'accouchement s'opéra d'une manière heureuse.

Nous terminerons ce que nous avons à dire sur l'étroitesse du vagin en ajoutant une dernière observation. Madame C***, âgée de vingt-huit ans, et mariée depuis dix, sans qu'il lui eût été possible d'accomplir l'acte génital, s'étant adressée au docteur *Caron du Villards*, ce confrère constata un rétrécissement congénial qui pouvait à peine permettre

L'introduction d'une sonde urétrale ordinaire, et conseilla la dilatation graduée au moyen de sondes de gomme élastique dont le diamètre devait être peu à peu augmenté; lorsqu'on eut obtenu un commencement de dilatation bien appréciable, l'usage des sondes fut remplacé par celui d'une sorte de chapelet d'éponge préparée, dont les disques avaient été faits avec un gros poinçon emporte-pièce qui sert à fabriquer les rondelles de cuir. Chaque disque d'éponge préparée par une forte pression était emfilé et rapproché de manière à former une espèce de cylindre d'une seule pièce, et pouvoir être introduit dans le vagin aussi facilement qu'une sonde du même calibre. Après quelques semaines de ce puissant dilateur, le vagin avait acquis une ampleur telle que madame C*** devint enceinte et accoucha heureusement par les soins de M. *Hatin*, professeur agrégé de la Faculté de Paris. M. *Caron du Villards* nous a dit avoir encore obtenu un succès du même genre sur madame *Taforeau*, âgée de trente-quatre ans, mariée depuis quatorze, et actuellement portière dans la maison n° 13 de la rue de Seine. La seule différence qu'il y a entre cette observation et la première, c'est que la femme qui en fait le sujet n'est pas devenue enceinte, comme madame C***, qui, à la vérité, est plus jeune.

Dans quelques cas rares le vagin est tellement étroit que ce canal semble être tout à fait effacé.

DE L'OBLITÉRATION ET DU RÉTRÉCISSEMENT ACCIDENTEL DU VAGIN.

Nous entendons par l'*oblitération* du vagin, soit l'adhésion accidentelle plus ou moins complète de ses parois, soit un rétrécissement de ce canal siégeant dans la totalité ou dans une partie de sa longueur.

Les causes de l'oblitération vaginale sont toujours accidentelles; quand elle est incomplète et qu'elle ne constitue qu'un rétrécissement, l'écoulement menstruel et la facile introduction d'un stylet dans le vagin font éviter toute espèce d'erreur. Lorsque l'oblitération est complète, les parois du canal vulvo-utérin sont plus ou moins adhérentes dans une étendue variable, en sorte que souvent il n'existe plus de communication entre la vulve et la matrice.

Les adhérences et les rétrécissements du vagin peuvent avoir leur siège à la partie inférieure, au centre ou à la partie supérieure de ce canal; ces deux sortes d'oblitération qui sont souvent le résultat d'une vive inflammation et de toutes les causes que nous avons signalées en parlant de l'imperforation, peuvent être également déterminées par l'épaississement, et l'induration des parois vaginales, résultant