

tant quelquefois de l'usage immodéré d'injections astringentes employées pour faire disparaître les traces du libertinage. Le gonflement spontané des glandes muqueuses, des rides, des cellules adipeuses du vagin sont aussi des causes de l'oblitération plus ou moins complète de ce conduit.

Le docteur *Ségalas* a communiqué, en 1825, à l'Académie de Médecine, l'observation d'une femme dont le vagin, oblitéré à la suite d'un accouchement laborieux, avait déterminé une rétention complète des règles. Dans la séance du 22 mars 1831, on fit connaître à la même Académie l'observation d'une autre femme dont le vagin s'était oblitéré après une injection d'un demi-verre d'acide sulfurique qui avait été faite par elle-même dans le but criminel de se faire avorter. Comme les deux tiers supérieurs du vagin étaient oblitérés, la matrice se rompit, et cette malheureuse femme mourut sans avoir pu accoucher.

Si dans quelques cas les adhérences peuvent être détruites facilement et sans efforts, dans d'autres circonstances la matière purulente s'est épaissie au point de former avec les surfaces vaginales une sorte de concrétion solide, qui résiste aux plus grandes violences, surtout si la cohésion est ancienne.

Lorsque l'inflammation a été très violente, les rides du vagin se confondent tellement les unes avec

les autres, que leur dissection devient presque impossible sans ouvrir un des côtés et blesser le rectum et la vessie; le degré de l'inflammation devient donc la boussole qui indiquera si l'on devra tenter, ou rejeter l'opération, qui est aussi dangereuse que difficile lorsque l'oblitération du vagin a lieu dans toute son étendue. *Morgagni* la proscrivait toujours dans ce cas, et *Blasius*, ainsi que *Bénévoli*, qui eurent la témérité de disséquer les parois vaginales, qu'une vive inflammation avait réunies, furent obligés de laisser l'opération inachevée. Nous allons cependant citer un cas de succès obtenu par le professeur *Flamand*, que nous rapportons d'après M. le docteur *Villette* de Paris; en 1821, une femme de campagne fut accouchée par une sage-femme, qui avait déchiré les parois du vagin, les règles ne parurent plus après ce premier accouchement; le mari l'approchait toujours avec humeur, croyant qu'elle y mettait de la mauvaise volonté; impatientée, elle vint à Strasbourg à la clinique de M. *Flamand* pour y être opérée. Il existait une très petite ouverture qui permettait à peine l'introduction d'une sonde cannelée: mais quelle fut la surprise de notre savant professeur de trouver une réunion de quatre pouces du vagin! malgré les difficultés qui se présentaient, il parvint à son but, puisque un an après, elle accoucha heureusement d'un second enfant.

Lorsque l'oblitération n'est pas complète on peut

en arrêter la marche, d'abord par des moyens anti-phlogistiques, et en favorisant la dilatation des parois vaginales, par les bains, les fumigations et les injections émollientes, enfin par l'introduction dans le vagin, de suppositoires en beurre de cacao et l'emploi des corps dilatants précédemment indiqués en parlant de l'étréitesse congéniale de ce canal.

Parmi les moyens les plus propres à remplir cette dernière indication, il en est un que nous avons employé avec beaucoup d'avantage et que nous recommandons comme étant d'une application facile et non douloureuse.

Ce moyen consiste à introduire dans le vagin une sorte de poche cylindrique, mince et très souple qui est faite avec l'appendice cœcale d'un veau ou d'un mouton, et qui a été proposée par un médecin anglais nommé *Condon*, pour loger le pénis et se préserver ainsi de l'infection vénérienne pendant un coït impur. Pour employer cette poche dilatatrice, on devra introduire et fixer sur elle une sonde de gomme élastique, présentant une ouverture sur l'un de ses côtés, ensuite après l'avoir fait pénétrer lentement et avec précaution dans le canal vulvo-utérin, on la dilatera en y insufflant de l'air, d'abord en petite quantité, puis en augmentant progressivement tous les jours; la poche, qui en commençant sera petite, devra successivement être remplacée par une autre d'un plus grand diamètre et renouvelée assez

souvent pour éviter sa putréfaction : on s'opposera à la sortie de l'air au moyen d'un petit bouchon adapté au bout extérieur de la sonde ou à l'aide d'un petit robinet qui y sera fixé comme au tube d'une ventouse à pompe (1). L'emploi de ce petit appareil devra être continué jusqu'à ce que le vagin ait repris ses dimensions naturelles.

Dans le cas d'oblitération complète du vagin, il n'y a d'autre moyen d'y remédier que par une opération difficile et dangereuse que nous allons décrire en parlant de l'obturation de ce canal.

DE L'OBTURATION DU VAGIN ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER.

On entend en pathologie par le mot *obturation*, le développement accidentel d'une substance quelconque remplissant plus ou moins une cavité naturelle.

L'*obturation* du vagin, qui indique soit la présence d'un corps étranger dans ce canal, soit une substance intermédiaire qui se confond avec ses parois, a peu fixé l'attention des médecins parce qu'elle s'est très rarement présentée à leur observation.

L'obturation vaginale peut être complète ou in-

(1) Ce robinet avait l'avantage de permettre de laisser échapper une petite quantité d'air, si la trop grande dilatation de la poche membraneuse rendait sa présence dans le vagin très douloureuse et presque insupportable.

complète, congéniale ou accidentelle. Les causes de l'obturation accidentelle doivent être considérées comme étant des symptômes d'autres lésions pathologiques, et non comme étant des vices organiques. Tels sont les polypes, les excroissances fongueuses, ou syphilitiques, les brides membraneuses, et les colonnes charnues qui se développent dans le vagin, le hoursoufflement et le rapprochement anormal des caroncules myrtiformes (1), les tumeurs enkystées et stéatomateuses, les hernies vaginales, enfin toutes les tumeurs et les végétations qui peuvent prendre naissance à la surface interne des parois du canal vulvo-utérin ou qui, étrangères à ce conduit, font une saillie dans sa cavité.

(1) *Riolan*, qui fut nommé professeur royal d'anatomie par le roi Louis XIII, et qui devint plus tard médecin de la reine Marie de Médicis, a fait connaître (*Anat. seu. anthrop.*, cap. 2, page 35) l'observation d'une femme chez laquelle les caroncules myrtiformes étaient tellement rapprochées, qu'à peine il était possible d'introduire un stylet dans l'ouverture qui restait. Malgré cette obturation presque complète, la malade accoucha heureusement, après l'excision des tumeurs qui fut pratiquée. On voit également, dans le XXIV^e volume du Dictionnaire des Sciences médicales, page 153, que les lambeaux de l'hymen, après la défloration, s'étaient réunis de manière à former un diaphragme complet à la partie inférieure du vagin. Les caroncules myrtiformes ont été prises quelquefois pour des excroissances syphilitiques; il suffit de signaler ce fait pour prévenir toute erreur, et de rappeler à nos lecteurs que les éminences charnues qui résultent des débris de l'hymen sont ordinairement lisses, flottantes et d'une couleur rosée.

L'obturation vaginale peut même être produite par un prolapsus de la matrice dont le col contracte des adhérences avec le bord interne des grandes lèvres. Un cas de ce genre est signalé dans le *Dictionnaire des Sciences Médicales* (article vagin), moins comme un exemple d'obturation que parce que l'orifice utérin étant entr'ouvert et permettant l'introduction du doigt on pourrait prendre cette ouverture pour un retrécissement du vagin, si on y apportait peu d'attention.

Lorsque l'obturation est congéniale elle peut, comme celle qui est accidentelle, être complète ou incomplète et occuper une étendue plus ou moins grande du vagin. Ce canal est donc susceptible d'être obstrué primitivement non seulement vers un des points de son trajet, mais encore dans toute son étendue qui est alors le siège d'une sorte de cylindre solide, épais et composé d'une substance cellulo-fibreuse, assez analogue à celle des parois vaginales.

Comme l'imperforation vaginale, l'obturation reste le plus souvent ignorée jusqu'à l'époque de la puberté où les symptômes plus ou moins graves de la rétention des règles la font découvrir. Cependant les accidents qui accompagnent alors l'obturation complète, sont en général moins graves, parce qu'on a observé que cette dernière espèce d'occlusion vaginale coïncidait presque toujours avec un déve-

loppement incomplet de la matrice, ce qui viendrait militer en faveur du principe émis par M. *Andral* (1) qu'une partie ne doit en général manquer ou être incomplètement développée qu'autant que celles qui la précèdent dans l'état normal, ont elles-mêmes subi un arrêt dans leur développement.

Quoique l'obturation vaginale complète et même incomplète rende la copulation impossible, l'introduction partielle du pénis peut quelquefois s'effectuer, lorsque l'obstacle existe seulement vers la partie supérieure du vagin. Une femme présentant une semblable conformation courrait quelques dangers si son époux, trop ardent dans les rapprochements conjugaux, cherchait à surmonter l'obstacle par des efforts inconsidérés ; il pourrait résulter de ces tentatives imprudentes de graves accidents, entre autres la perforation des parois du vagin, comme *Plazzani* en rapporte un exemple que nous citons textuellement : « *Juvenis quidam cum sponsa juvencula prima nocte congressurus valida veretri intrusione et violenta festinatione non modo uteri cervicem, sed et ipsum intestinum rectum perrupit.* » (De partibus generat., lib. 2, cap. 14, p. 164.)

Les annales de la médecine ne possédant qu'un très petit nombre d'exemples d'obturation vaginale bien authentiques, nous allons rapporter quelques

(1) *Andral*, *Anatomie pathol.*, t. I, page 109.

observations publiées par *Dehaen*, *Morgagni*, *Lieutaud*, *Fodéré*, *Cormick*, le professeur *Stoltz*, et consignées dans la thèse du docteur *Waille* de Saint-Lupicien, telles que nous les reproduisons ici.

Dehaen (1) parle d'une fille âgée de 24 ans, qui, ayant succombé aux accidents de la rétention menstruelle trois jours après une opération inutile où l'instrument avait pénétré dans le canal de l'urètre et jusqu'au col de la vessie, présenta dans le vagin un corps solide, charnu, d'un pouce de diamètre, au-delà duquel ce canal était rempli de sanie noirâtre et offrait une cavité assez ample pour contenir la tête d'un enfant.

Morgagni (2), faisant l'autopsie d'une femme âgée de 70 ans, morte d'une péripneumonie, après avoir été long-temps malade d'une affection asthmatique, trouva le vagin entièrement obstrué, à l'exception du commencement et de la fin, par une espèce de cylindre solide composé d'une substance également blanche partout et un peu dure, en sorte qu'il n'était pas possible de distinguer ses parois d'avec ce qu'elles renfermaient et avec quoi elles se continuaient. Le vagin semblait n'avoir rien perdu de son diamètre. Les parois de l'u-

(1) *Rat. med.*, t. III, pars. 6, cap. 2. *Lieutaud*, *Histoire naturelle médicale*, t. I, page 326. *Dict. des sciences méd.*, article *imperforation*. *Dugès*, *Mal. de l'utérus*, t. I, p. 271.

(2) *Morgagni*, lettre 67, n. 9 et 10.

térus étaient épaisses, son orifice très petit, sa surface interne très légèrement humide et la partie inférieure du col étroite.

Une femme nommée La Hure (1), du faubourg du Temple, à Paris, n'ayant jamais éprouvé aucun accident, malgré l'absence des règles, et ayant passé six ans sans que le mariage eût pu être consommé, fut visitée et opérée inutilement le 6 août 1734, par le chirurgien *Dejours*, visitée de nouveau en 1742 par *Levret* et puis par *Saumet*, *Ferrin*, *Petit* et *Morand*. Morte à Lyon, 10 ans après, elle offrit, à l'autopsie, le vagin et la matrice ne formant qu'une substance dure, compacte et sans cavité.

Cormick (2), ayant eu à examiner une fille de 23 ans qui, après avoir éprouvé chaque mois, depuis sa seizième année, les indispositions consécutives à la rétention des règles, se trouvait en proie aux douleurs les plus atroces, rencontra, en explorant les parties génitales, une masse charnue, résistante, qui paraissait remplir tout le vagin. Il fut obligé d'enfoncer un trois-quarts dans une profondeur de quatre pouces, avant d'avoir traversé l'obstacle à l'écoulement menstruel.

A ces quatre exemples nous ajouterons l'observation

(1) *Causes célèbres*, t. 7 et 10, 20^e cause. Foderé, *Méd. lég.* 2^e édit., t. I^r, p. 585. *Dict. des sciences méd.*, article *mariage*.

(2) *Medic. and. philosoph. comment.*, t. II, p. 188. Voigtel, *Handbuch. der pathol. Anat.*, p. 438.

empruntée à la pratique de M. *Stoltz*. Elle nous paraît offrir d'autant plus d'intérêt qu'elle diffère des précédentes et par l'absence de tout accident, et parce qu'elle présentait une obturation complète avec des parois assez distinctes, et par la facilité et l'heureux succès de l'opération entreprise pour y remédier:

Madame N..., de Stotzheim, était parvenue à l'âge de 23 ans, sans avoir eu ses règles. Les seuls efforts menstruels qu'elle eut éprouvés, étaient des épistaxis, qui s'étaient reproduites sans périodicité régulière à l'époque de la puberté, et de temps en temps (toutes les semaines ou tous les quinze jours), sans époque fixe, quelques douleurs qu'elle ressentait dans le bas-ventre, mais jamais dans la région sacrée. Devenue épouse dans cette même année, elle ne put consommer l'union conjugale; et ce ne fut pourtant qu'en 1831, la quatrième année de son mariage, qu'elle se fit examiner par la sage-femme, qui trouva l'orifice du vagin fermé.

M. *Stoltz*, appelé auprès de cette dame, le 25 septembre 1831, pour procéder à l'opération, observa ce qui suit: stature moyenne, visage tout-à-fait féminin, mamelles assez développées, peau blanche et douce, pénil bien garni de poils, parties génitales externes tout-à-fait naturelles, en un mot, tous les attributs du sexe féminin: mais l'orifice du vagin était fermé par une membrane épaisse qui, faisant une saillie de huit à dix lignes, comme l'extrémité

d'un doigt de gant, pouvait être enfoncée à une profondeur égale dans la direction du vagin, comme le doigt de gant qu'on aurait retourné sur lui-même. Cette espèce de petit capuchon était un peu ridé, de couleur rosée, et tout-à-fait indolent.

M. *Stoltz* crut d'abord qu'il suffirait d'emporter par un coup de ciseaux une grande partie de cette membrane, pour avoir une entrée libre dans le vagin. Mais cette excision lui donna accès dans un petit enfoncement qui renfermait un mucus blanc, latexcent; et il reconnut alors que le vagin était complètement obturé et rempli par une substance cellulo-fibreuse qu'il disséqua en quelque sorte, d'abord avec des ciseaux, aussi loin qu'ils purent être portés, puis avec les doigts indicateur et médium introduits de champ; enfin il coupa les brides restant avec le bistouri caché de M. *Flamant*. Pour ne point dévier de la direction du vagin, il avait eu soin d'introduire une sonde dans le canal de l'urètre, ce qui lui permit de distinguer facilement ce dernier, ainsi que le bas-fond de la vessie.

Après avoir ainsi déchiré avec les doigts, tantôt en les écartant l'un de l'autre dans des directions différentes, tantôt en s'en servant comme de véritables crochets, les brides celluluses qui obstruaient le vagin dans une étendue égale à la longueur ordinaire de ce canal, l'opérateur arriva à un petit tubercule ferme, divisé par une fente transversale en

deux parties; c'était la portion vaginale du col utérin. Il ne parvint qu'avec beaucoup de peine à déchirer les brides qui le cachaient, comme s'il eût été couvert par une toile d'araignée très-épaisse. Au moyen des doigts introduits dans le vagin, et de la sonde placée dans la vessie; et mieux encore en déprimant à l'hypogastre la paroi abdominale, et en l'enfonçant assez pour rencontrer les doigts qui se trouvaient dans le vagin, il lui fut facile de reconnaître que ce tubercule, qui n'offrait en haut qu'un prolongement très-petit et disposé transversalement, n'était rien autre chose que la matrice à l'état rudimentaire, ayant à peine cinq à six lignes de hauteur. Un opérateur peu attentif ou peu familier avec l'anatomie de ces régions aurait pu facilement défoncer un des culs-de-sac du vagin, en allant à la recherche de l'utérus.

L'opération terminée, le vagin se trouva assez long et assez large pour recevoir le membre viril. L'existence du muscle constricteur fut constatée par la contraction qu'il exerçait sur les doigts. Un gros bourdonnet de charpie portant un fil fixé à sa base et enduit de cérat fut introduit dans le vagin, et il fut recommandé à la sage-femme de le renouveler deux fois par jour.

L'opération fut peu douloureuse: la femme ne cria point; elle perdit tout au plus une demi-once de sang.

Quinze jours après, la sage-femme fit savoir à M. *Stoltz*, que l'opérée avait vu couler du vagin,

quelques gouttes de sang, qu'on attribua d'abord à une menstruation imparfaite; mais cet écoulement ne s'étant pas renouvelé, on pensa, et peut-être avec plus de raison, qu'il avait été occasionné par un rapprochement sexuel, suivi de quelque déchirure.

Deux ans et demi s'étaient écoulés depuis l'opération lorsque M. Stoltz reçut pour la dernière fois des nouvelles de la femme N... Elle se trouvait encore dans le même état, c'est-à-dire que n'étant pas menstruée, elle ressentait seulement de temps en temps, et à des intervalles à peu près égaux, des phénomènes appartenant à la menstruation; du reste la cohabitation avait lieu d'une manière complète.

Comme les symptômes de l'obturation pourraient être confondus avec ceux de l'imperforation, de l'oblitération et de l'absence du vagin, nous allons rappeler ici quelques traits saillants qui suffiront pour lever toute incertitude à cet égard.

Dans l'imperforation incomplète, la menstruation est possible; si elle est complète, le doigt porté à la vulve, trouve une membrane formant une tumeur avec fluctuation et une saillie ovalaire plus ou moins bombée devant l'obstacle, et d'ailleurs dans ce cas une simple incision dissipe tous les doutes et fait disparaître tous les symptômes. Lorsque l'occlusion est due à l'oblitération incomplète, l'écoulement des règles a lieu et l'on peut introduire un stylet dans le vagin rétréci; si l'oblitération est complète et enva-

hit toute la largeur du canal vulvo-utérin, dans une étendue variable, on reconnaîtra facilement cette disposition anormale et *toujours accidentelle* à l'aide du toucher par le rectum et d'une sonde introduite dans la vessie; l'obstacle qui résulte de l'*oblitération* au lieu d'être comme dans l'*obturation*, un corps compacte, épais, cylindrique et remplissant le vagin, consiste dans une cloison membraneuse assez mince, ou dans une adhérence des parois de ce canal qui peut avoir lieu dans toute son étendue, ou dans l'un des points de son trajet. D'ailleurs dans l'obturation, le doigt, porté dans la vulve, se trouve arrêté par un corps très résistant, tandis que dans l'imperforation et l'oblitération l'obstacle est toujours mobile, membraneux et fluctuant.

Presque tous les auteurs qui ont parlé de l'occlusion du vagin ne donnent que très peu de détails sur ce sujet, et confondent l'agglutination accidentelle des parois avec l'obturation de ce canal, produite par le corps intermédiaire dont nous venons d'indiquer les principaux caractères. C'est probablement pour cette raison qu'ils désignent ces deux genres d'occlusion, de la même manière par le mot *oblitération*, et qu'ils signalent l'opération comme impraticable et offrant de grands dangers lorsque l'obstacle se prolonge un peu profondément dans le vagin.

Naboth (1), qui partageait l'opinion la plus géné-

(1) Naboth, *Disputat. de sterilit. mulierum*, n. 23.

ralement admise, et qui confondait aussi l'adhérence accidentelle des parois vaginales avec l'obturation congéniale dont nous nous occupons, disait que lorsqu'il existait un corps charnu intermédiaire, on devait renoncer à l'opération parce qu'on aurait à craindre, soit une hémorrhagie dangereuse, soit des accidents inflammatoires très graves. *Morgagni* (1), imbu des mêmes idées, conseilla à deux femmes de divorcer plutôt que de se laisser inciser témérament. *Heister* (2) refusa également d'opérer deux femmes qui étaient venues le consulter; enfin *Plenck* (3), *Mahon* (4), *Fodéré* (5) et presque tous les médecins légistes regardent ce genre d'atrésie, comme une cause d'impuissance absolue, au-dessus des ressources de l'art.

Malgré les craintes plus ou moins fondées et le plus souvent exagérées, des auteurs, nous pensons qu'il est des circonstances où l'on doit tenter l'opération, mais il ne faut y procéder qu'avec la plus grande prudence, et de telle sorte qu'on évite de blesser, en avant l'urètre ou la vessie, et en arrière le rectum. Si les chances des tentatives qu'on a faites ont été presque toujours funestes, c'est que l'opé-

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

(2) *Heister*, *Institut. chirurg.*, t. 2, p. 403 et 405.

(3) *Plenck*, *Element. med. chirurg. forensis*, page 3.

(4) *Mahon*, *Médecine légale*, tome I, page. 63.

(5) *Fodéré*, *Médecine légale*, 2^e édit., page 384.

ration a été pratiquée par des procédés vicieux ou dans des cas où elle était contre indiquée ainsi qu'il arrive souvent, lorsqu'à la suite d'une oblitération complète, les parois du vagin sont agglutinées dans toute leur longueur.

Avant de faire aucune tentative opératoire, il sera prudent d'attendre d'y être en quelque sorte contraint par des symptômes de la rétention des règles et par des accidents qui mettent la vie de la femme en danger, et qui donnent par cela même une preuve que l'utérus existe et qu'il ne communique pas avec une autre cavité, ce qui rendrait l'opération inutile.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'AGGLUTINATION ACCIDENTELLE DES PAROIS VAGINALES ET DE SON OBTURATION CONGÉNIALE.

Lorsque la nécessité d'agir sera bien établie, il faudra y procéder après avoir eu la précaution de préparer la malade comme on le fait pour les grandes opérations; néanmoins on devrait opérer sans retard si, à la suite de la rétention des règles, il survenait des accidents capables de compromettre la vie; dans ce cas, les préparations préliminaires se borneront à faire vider le rectum et la vessie pour les rendre moins accessibles à l'action de l'instrument tranchant.

Soit que l'on veuille disséquer les parois vagina-