

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 témérairement. *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-

les accidentellement agglutinées, soit que l'on doive agir dans un cas d'obturation congéniale produite par une membrane intermédiaire, on placera la malade comme si on devait pratiquer sur elle la cystotomie par une des méthodes sous-pubiennes ; puis après avoir introduit le doigt indicateur gauche dans le rectum et une sonde dans la vessie afin d'explorer de nouveau les parties et pour mieux diriger l'action de l'instrument tranchant, on incisera couche par couche avec un bistouri droit, ou, encore mieux, selon nous, avec un bistouri convexe dont l'extrémité coupe en rondache, et l'on séparera ainsi les parois du vagin, en agissant avec toute la prudence et la lenteur qu'exige une opération aussi grave.

Afin de pouvoir laisser, tout le temps de l'opération, un doigt dans l'anus, et en même temps pour reconnaître la situation des organes voisins sans avoir besoin de se servir de la main gauche, nous avons inventé un instrument qui se fixe sur le doigt indicateur de la main droite, comme un dé à coudre et qui, étant terminé par un petit tranchant convexe de trois lignes de long, permet que le doigt du milieu de la même main, puisse interroger continuellement la résistance des tissus après chaque petite incision et guider constamment l'action de l'instrument tranchant jusqu'à ce qu'on soit parvenu à l'accumulation sanguine qui a donné lieu à l'opération.

On se conduira ensuite comme nous l'avons indiqué en parlant de *l'imperforation* du vagin.

Si l'on a dû agir, non pour remédier à une *oblitération*, mais à une obturation congéniale, l'opération qui dans ce dernier cas offre plus de chances de succès, parce qu'il y a toujours une substance intermédiaire et par conséquent, un plus grand espace entre le rectum et le canal de l'urètre, doit être pratiquée de la manière suivante et avec les préliminaires indiqués plus haut :

D'abord si une membrane fait une saillie à la vulve et se trouve placée devant l'obstacle, il faudra en faire la section soit avec des ciseaux, soit avec un bistouri droit, par une incision d'avant en arrière, ou encore mieux par deux incisions obliques se réunissant en V, afin d'éviter plus sûrement le canal de l'urètre.

Après cette petite opération préliminaire, qui aura mis les parties et la nature de l'obstacle à découvert, le chirurgien plongera un bistouri long et à lame étroite, au milieu de l'espace compris entre l'anus et le méat urinaire ; puis après avoir retiré l'instrument tranchant, il introduira dans la plaie l'index de la main gauche afin de dilater ainsi l'ouverture pratiquée, et continuer de pousser le bistouri, avec la précaution d'en diriger et d'en borner la marche au moyen d'un doigt placé près de son extrémité.

Si on le préfère on pourra se servir d'un trois-quarts, qui, enfoncé avec lenteur et précaution, rend