

Les annexes de l'utérus sont disposées comme à l'état normal : en avant, les ligaments ronds, allant gagner l'orifice interne du canal inguinal ; au milieu les trompes, présentant une longueur de 7 centimètres ; en arrière les ovaires, qui sont assez développés et qui présentent plusieurs cicatrices résultant de la rupture des vésicules de de Graaf.

Mon excellent collègue M. Legros, qui a bien voulu examiner au microscope un fragment d'ovaire, y a trouvé des cellules de l'ovisac plus ou moins altérées, au milieu d'une trame de fibres lamineuses et de corps fusiformes. Il n'y avait point d'ovules (1).

ARTICLE V

ABSENCE DU VAGIN.

Le vagin peut être absent complètement sans qu'il y ait d'orifice ni aucune trace de passage perméable en aucun point.

Les auteurs ont cité plusieurs cas de ce genre. Le fait suivant, rapporté par Amussat, est intéressant en ce que la lésion était très-complète et que la malade guérit complètement (2).

OBSERVATION I. — *Absence complète du vagin. Opération pratiquée par Amussat. Succès.* — Mademoiselle K..., Allemande, âgée de seize ans, d'une bonne constitution, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de la puberté. A cette époque, elle éprouva de violentes coliques et des douleurs de reins qui durèrent plusieurs jours. Ces douleurs ressemblaient à celles de l'accouchement. Les médecins qui la virent crurent d'abord à une obstruction de quelques viscères de l'abdomen, et la traitèrent en conséquence. Mais un mois ou cinq semaines plus tard, les mêmes accidents s'étant renouvelés, et le ventre ayant acquis du volume, le médecin ordinaire de la malade, pensant que tous ces phénomènes pouvaient dépendre de quelque obstacle à l'écoulement des règles, examina les organes génitaux, et reconnut une oblitération du vagin. Comme à chaque époque menstruelle les accidents se répétaient, que le ventre augmentait de volume, il fut décidé que la jeune personne serait conduite à Paris, pour y être soumise à une opération, s'il y avait possibilité. Le 27 février 1832, dix-huit mois environ après l'apparition des premiers accidents, Boyer, Marjolin, Magendie et J. Z. Amussat, ayant examiné mademoiselle K..., en présence de son médecin ordinaire, la trouvèrent dans l'état suivant : constitution bonne, mais affaiblie ; teint décoloré ; le ventre présente à sa partie inférieure une tumeur volumineuse, dure, sensible à la pression, et qui semble être due à un développement de l'utérus. Toutes les parties extérieures

(1) Extrait des *Bulletins de la Société anatomique*, observation recueillie par Dacorogna, interne du service. — On consultera avec intérêt sur la question de l'hermaphrodisme : Luigi de Crechio, *Sopra un caso di apparenze virili in una donna*. In-8, 33 pages avec 3 planches, Morgagni, 1865 ; et *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1865, 2^e série, t. XXIV, et A. Tardieu, *Mémoire sur la question médico-légale de l'identité* (*Ann. d'Hyg. publ. et de méd. lég.*, 2^e série, t. XXXVIII, 1872, p. 149).

(2) Amussat, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 2 novembre 1855. — *Journal hebdomadaire des sciences médicales*, et *Gazette médicale*, 12 décembre 1855, p. 785. Observation recueillie par M. Petit (de l'île de Ré).

de la génération sont parfaitement conformées, mais l'orifice du vagin est complètement oblitéré. La surface concave qui correspond à cet orifice est lisse et comme tapissée par une membrane muqueuse. Une sonde droite ayant été introduite dans l'urèthre, on ne put la faire pénétrer dans la vessie qu'en la dirigeant très-obliquement et en haut. En plaçant le doigt dans le rectum, on sentait la sonde à travers des parties très-minces ; ce qui fit penser qu'il y avait *absence complète du vagin*, du moins de la partie inférieure. A deux pouces environ de l'anus, le doigt introduit dans le rectum sent une tumeur volumineuse qui occupe l'excavation du bassin. Elle est tendue, fluctuante ; ses parois paraissent très-lisses. Après cet examen, les consultants furent partagés d'opinion sur le mode d'opération à tenter pour délivrer la malade. Boyer, se fondant sur ce qu'il croyait qu'il y avait absence complète du vagin, était d'avis d'attendre, parce que toutes les opérations qui avaient été tentées jusqu'alors pour des cas analogues avaient été malheureuses. Marjolin et Magendie étaient d'avis d'attaquer la tumeur par le rectum. Amussat proposa de tenter, avant tout, d'opérer un décollement entre l'urèthre et le rectum, pour s'assurer si le vagin manquait dans toute son étendue, et d'attaquer la tumeur par cet endroit, si l'on pouvait parvenir jusqu'à elle. Cette opinion étant partagée par le médecin ordinaire, mademoiselle K... fut entièrement confiée aux soins de M. Amussat. Le 29, dans un nouvel examen que fit ce chirurgien, il s'aperçut qu'en pressant fortement avec le petit doigt dans l'endroit correspondant à la fosse naviculaire, les tissus cédaient sans se déchirer, et qu'il restait une petite excavation dans laquelle il fit placer un morceau d'éponge préparée. Le 2 mars, à l'aide de deux doigts poussés fortement dans la petite excavation dont nous avons parlé plus haut, il parvint à déchirer cette espèce de membrane muqueuse qui se trouvait à l'orifice du vagin. Derrière était un tissu cellulaire lâche, qu'il déchira progressivement de la même manière les jours suivants ; de sorte qu'il parvint ainsi à former un conduit, qu'il tenait dilaté à l'aide de petits morceaux d'éponge préparée. Les tentatives qu'il faisait pour opérer le déchirement des tissus étaient douloureuses, mais la malade les supportait avec courage. Ce qui avait engagé M. Amussat à user de ses doigts plutôt que du bistouri, c'est que chez deux jeunes filles, dont la partie inférieure du vagin était oblitéré, il avait complètement réussi en déchirant les tissus au lieu de les inciser.

M. Amussat m'ayant choisi pour l'aider dans l'opération qu'il se proposait de faire, je vis avec lui mademoiselle K..., le 7 mars. Voici ce que j'observai alors. Pour sonder la malade, il fallait diriger la sonde vers l'ombilic. Le doigt placé dans le rectum sentait une tumeur volumineuse, tendue, fluctuante, à parois minces, qui occupait l'excavation du bassin. Au-dessous de l'urèthre on apercevait l'orifice du conduit artificiel pratiqué par M. Amussat. L'introduction du doigt dans ce conduit était plus douloureuse que la veille, ce qui pouvait tenir à ce qu'on avait négligé d'y placer de l'éponge. Le doigt, qui deux jours auparavant pénétrait à trois pouces dans ce conduit, ne pénètre plus qu'à deux. A cette distance on sent un corps qui, pour le volume et la dureté, ressemble au col utérin ; mais il n'existe pas d'ouverture au centre. Le 8, ce corps, dans les mouvements d'expulsion que l'on fait faire à la malade, semble descendre vers la vulve ; et la tumeur, qui fait saillie dans le rectum, se rapproche de l'anus.

Le vendredi 9, la malade étant bien décidée à l'opération, M. Amussat, après s'être assuré, par l'introduction du doigt dans le conduit artificiel, que le corps dont nous venons de parler était à peine à deux pouces de la vulve, et après avoir acquis la conviction, par le cathétérisme, que cette espèce de tumeur était entièrement indépendante de la vessie, se décida à faire l'opération, qu'il pratiqua de la manière suivante : La malade étant assise sur le bord de son lit, les jambes fléchies et soutenues sur deux chaises, l'opérateur fit écarter, autant que possible, les lèvres génitales ; il introduisit jusqu'à la tumeur, par le conduit artificiel, l'indicateur de la main gauche, qui lui servit à guider un petit stylet-trocart, qu'il fit pénétrer de plus de six lignes dans cette tumeur, qui semble formée d'un tissu fort dur et de plusieurs lignes d'épaisseur. Cependant l'instrument s'était fait jour jusque dans la cavité de la tumeur, car, lorsqu'on le retira, il sortit quelques filets d'un sang noir. Comme l'opérateur avait inutilement tenté d'enfoncer la canule du trocart dans la tumeur, et que d'ailleurs cette canule étant fort étroite n'aurait pu donner passage à des caillots, il crut devoir recourir au bistouri. Après avoir de nouveau constaté la position de la vessie et du rectum, il prit un bistouri droit, à lame étroite, muni d'une boulette de cire et garni d'une bandelette de linge jusqu'à un pouce de son extrémité, le fit pénétrer à plat sur la face dorsale de l'indicateur jusqu'à la tumeur, dans laquelle il le plongea. Il sortit alors du sang gluant, noirâtre, épais, qu'on ne peut mieux comparer qu'à du chocolat à l'eau et fort épais. M. Amussat espérait pouvoir, à l'aide de l'ongle, élargir cette ponction, mais la dureté des tissus rendant toute tentative inutile, il l'agrandit transversalement avec un bistouri boutoné. Il put alors introduire le doigt dans cette plaie. Il reconnut un large kyste, à parois dures et lisses ; mais cette manœuvre fut excessivement douloureuse pour la malade, qui eut dans ce moment comme une espèce d'accès de désespoir. Le doigt ayant été retiré, il sortit de dix à douze onces de sang noirâtre, gluant, dont nous avons parlé plus haut. La tumeur du ventre parut alors diminuer sensiblement.

M. Amussat voulut ensuite explorer la cavité dans laquelle il avait pénétré, pour s'assurer si c'était celle de l'utérus ou la partie supérieure du vagin. Mais les douleurs que cette exploration causait à la malade étaient telles, qu'elles forcèrent l'opérateur à cesser toute recherche avant d'avoir acquis une certitude à cet égard. Après avoir retiré le doigt, il plaça dans l'incision une grosse canule de gomme élastique garnie de linge, et qu'il fixa par des cordons attachés à un bandage de corps.

La malade, replacée dans son lit, passa bien le reste de la journée. Elle demanda même à prendre un bouillon à l'heure du diner. Le sang continua à couler par la canule ; la malade urina plusieurs fois sans douleur : l'urine était naturelle. (Boisson acidulée.) Le 10, la nuit a été assez calme, mais la malade avait une grande tendance à l'assoupissement. Au matin, le pouls est fréquent, sans beaucoup de chaleur à la peau. La malade est faible et toujours assoupie. Deux injections sont pratiquées dans la cavité de la tumeur, et entraînent avec elles encore du sang. Depuis l'opération il s'en était écoulé environ deux livres. Dans la soirée, fréquence extrême du pouls, peau chaude, assoupissement. Cependant il ne se manifeste aucune douleur dans le ventre. La région hypogastrique s'est affaïssée. L'intelligence est intacte. (Diète abso-

lue ; boissons acidulées.) Le 11, la nuit a été meilleure qu'on ne l'espérait, cependant la fièvre et l'assoupissement continuèrent. La fièvre ayant considérablement augmenté dans la soirée, on supprima la canule. A dix heures, vomissement glaireux, selles bilieuses précédées de tranchées violentes et de l'expulsion d'une grande quantité de gaz. Le 12, prostration des forces, pouls faible, petit et très-fréquent. Douleur abdominale très-vive, particulièrement vers la fosse iliaque gauche et le creux de l'estomac, qui paraît comme bombé ; envie de vomir ; assoupissement presque continu ; intelligence intacte. Magendie, appelé en consultation, juge l'état de la malade fort grave. On remplace les boissons acidulées par des tisanes mucilagineuses ; dix sangsues sont appliquées sur la fosse iliaque gauche. Quand elles furent tombées, il y eut une amélioration sensible. La fièvre et l'assoupissement diminuèrent, les envies de vomir disparurent. La malade accusait un sentiment de chaleur dans l'œsophage. Pour faciliter la sortie des gaz qui la tourmentaient, on introduisit une canule de gomme élastique dans le rectum. Le soir, sur la proposition de Sichel, on fit sur le ventre une friction avec deux gros d'onguent mercuriel. Le 13, la nuit a été assez bonne ; le ventre est toujours douloureux. (Friction mercurielle de deux gros.) La malade l'ayant demandée elle-même, M. Amussat examina les parties opérées : il reconnut que la suppuration était établie ; elle était même assez abondante. Vers le milieu de la journée la fièvre s'allume, il survient des nausées. M. Amussat applique lui-même quinze sangsues sur la fosse iliaque gauche, où l'on sentait une dureté qui s'étendait en haut vers l'épigastre. La malade était si faible qu'on fut obligé d'arrêter promptement les sangsues. Dans la soirée, on fit deux frictions de deux gros d'onguent mercuriel. Le 14, la nuit a été assez bonne. La malade est moins faible, la fièvre a diminué. On la change de lit vers le soir ; il se manifeste quelques symptômes hystériques. M. Amussat sonde le vagin artificiel, pour l'entretenir ouvert. Par le rectum, il parvint à toucher l'utérus, qui lui parut dur et volumineux. Le 15, même état. Le 16, à deux pouces de l'anus et dans la direction de l'utérus, le doigt sent un corps dur. La salivation, qui s'était manifestée après quelques frictions, s'arrêta. Le 17, il y eut quelques évacuations qui affaiblirent la malade. M. Amussat introduisit dans l'ouverture qu'il avait pratiquée une sonde flexible, portant une petite arête à deux pouces de son extrémité, pour qu'elle se tint en place. Le 18, mademoiselle K... eut trois selles bilieuses, et rendit par l'anus *une assez grande quantité de sang semblable à celui qui était sorti après l'opération*. Le même phénomène se répéta plusieurs fois les jours suivants.

Du 18 mars au 1^{er} avril le mieux se soutint ; cependant il y avait toujours de la faiblesse et un peu de fièvre sur le soir. M. Amussat dilata, à l'aide de canules de plus en plus volumineuses, les parties opérées, et s'assura que la tumeur qui occupait le bas-ventre diminuait considérablement, et que l'utérus revenait à son état naturel. Le 1^{er} avril, la nuit a été mauvaise. Le matin, l'hypogastre et l'épigastre sont douloureux ; il y a des envies de vomir ; il y a de la fièvre. Cinq sangsues sont appliquées sur chaque point douloureux, et après leur chute on fait sur le milieu du ventre, dans le courant de la journée, deux frictions mercurielles de deux gros. Le 2, amélioration sensible. Magendie, appelé en consultation, trouve la malade dans un état satisfaisant. Le 6, l'appétit se déclare et la convalescence commence. Dès lors, mademoiselle K...

fut de mieux en mieux, et put quitter Paris le 23 avril pour retourner sur les bords du Rhin, où elle habite. Depuis son départ, M. Amussat en a reçu fréquemment des nouvelles. Peu de temps après son arrivée, dans les premiers jours de mai, elle a eu ses règles, et dès lors chaque époque menstruelle a été bien régulière, et il ne s'est manifesté aucun accident.

Dans un cas à peu près semblable rapporté par Coste, la place de l'orifice vaginal était marquée par un raphé : depuis l'âge de treize ans le sang des règles était sorti par l'urèthre. Coste introduisit alors une sonde cannelée dans l'urèthre et le fendit complètement, à la paroi inférieure, puis il prolongea l'incision en bas jusqu'à la place qui, normalement, aurait dû être le vagin, et en dedans jusqu'à l'utérus. A la fin de cette incision interne, Coste découvrit tout naturellement le col utérin. Une mèche de charpie et ensuite des bougies furent alors introduites pour empêcher l'adhésion des parties, et une fois la plaie guérie la malade se trouva avec un vagin très-convenable.

Kluyskens (1) a publié un fait de ce genre dans lequel l'opération fut aussi suivie de succès : la malade se maria, mais ne put devenir enceinte.

Debrou (2) cite divers cas observés par Willaume, de Metz (3), Desgranges (4), et de Bal (5), d'imperforation ou d'absence du vagin : mais il ne donne aucun détail.

OBSERVATION II. — Hunt (6), à un meeting de la Société médicale de Londres, le 21 février 1832, a raconté l'histoire d'une dame âgée de trente ans, qui le consulta pour un rétrécissement du rectum. Le canal urinaire était plus large que d'habitude : il n'y avait pas d'ouverture vaginale, le périnée se continuait depuis l'anus jusqu'au méat urinaire. Par le rectum on ne sentait ni utérus ni ovaires. Le clitoris et les lèvres étaient normalement conformés, les mamelles étaient bien développées et l'instinct sexuel paraissait exister à son degré habituel. Elle n'avait jamais été réglée et n'avait jamais eu aucune espèce d'écoulement. Elle n'éprouvait aucune gêne périodique, rien du moins qui pût fixer l'attention. L'évolution de la puberté se fit chez elle à l'âge ordinaire et sa santé générale était très-bonne. M. Hunt et un autre médecin qui examinait cette dame avec lui, furent d'avis que l'utérus, le vagin, et probablement soit l'un des ovaires, soit même les deux, devaient manquer : et cependant, au moral comme au physique, cette femme avait atteint tout son développement (7).

(1) Kluyskens, *Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand*, juillet 1845.

(2) Debrou, *Relation d'un cas d'oblitération complète et congénitale du vagin* (*Gazette médicale*, 18 janvier 1851, p. 32).

(3) Willaume, communiqué à l'Académie de médecine en 1827 ; rapporté par Amussat, in *Gaz. med.*, 1835.

(4) Desgranges, *Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. II, p. 479.

(5) De Bal, in *Ranking's Half yearly Abstract*, vol. XIV, p. 305.

(6) Hunt, *Lancet*, 6 mars 1862.

(7) Fodéré, *Médecine légale*. Paris, 1813, t. I, p. 335.

Oldham (1) rapporte un fait semblable : il n'y avait pas de vagin, et, autant qu'on en pouvait juger, il n'y avait pas non plus d'organes internes de la génération. Enfin Braid (2), de Manchester, a rapporté un fait dans lequel il n'y avait pas de vagin et seulement deux cornes rudimentaires d'utérus, deux ovaires non développés avec des débris de trompe de Fallope qui étaient même séparés des lambeaux d'utérus. L'observation de Braid offre le plus grand intérêt.

[Je dois rappeler, une observation semblable publiée par le docteur Gallard et qui a été suivie d'autopsie. Je résume cette observation (3).

OBSERVATION III. — « Cette femme qui était entrée à l'hôpital pour une cirrhose du foie était âgée de 60 ans, elle ne présentait aucune conformation vicieuse apparente du squelette ; ses seins étaient peu développés. Le toucher vaginal montra que le doigt introduit dans la vulve ne pouvait pénétrer au-delà de la première phalange.

« Le toucher rectal combiné à la palpation abdominale ne dénotait en avant du rectum aucune résistance pouvant permettre de reconnaître l'utérus même à l'état rudimentaire ou les ovaires.

« La malade n'avait jamais été réglée, elle n'avait jamais eu d'hémorrhagies supplémentaires. A aucune époque de son existence, elle ne se souvenait d'avoir éprouvé des douleurs revenant périodiquement et annonçant un mœmen hémorrhagique.

« Cette femme s'est mariée deux fois, mais elle n'éprouva jamais la moindre sensation voluptueuse pendant le coït, qui était pénible et douloureux.

« Cette femme mourut quelques semaines après son entrée à l'hôpital, voici les résultats de son autopsie en sus des lésions du foie.

« Les organes génitaux externes sont bien conformés, seulement les petites lèvres sont saillantes, flétries et présentent une coloration brunâtre.

« Le vagin n'existe pas, et se trouve représenté par une dépression de 4 centimètres qui se termine en infundibulum. L'orifice de l'urèthre est refoulé au fond de cet infundibulum. A la partie supérieure au-dessous de lui, on aperçoit une saillie représentant le tubercule antérieur du vagin.

« Il n'existe pas d'utérus et dans la région qu'il devrait occuper on constate la présence d'une bande fibreuse de quelques millimètres d'épaisseur que le toucher rectal n'aurait pu reconnaître ; cette bande est située à environ 6 centimètres de l'extrémité postérieure de l'infundibulum qui représente le vagin dans l'intervalle qui sépare ce dernier de la bande fibreuse. La paroi postérieure de la vessie est en contact immédiat avec la face antérieure du rectum, dont elle n'est séparée que par une mince couche de tissu cellulaire.

« Le cordon fibreux qui occupe la place de l'utérus est à peu près cylindrique, et n'a pas plus de 3 millimètres de diamètre ; en arrière entre lui et le rectum, se trouve un cul-de-sac péritonéal ayant 4 centimètres de profondeur : en tirant sur la séreuse, on remarque à sa surface des plis qui rappellent les replis de Douglas. Cette bande fibreuse a 12 centimètres environ

(1) Oldham, *Guy's Hospital Reports*, octobre 1849, p. 362.

(2) Braid, *Edinb. Monthly Journal*, mars 1853, p. 230.

(3) Gallard, *Leçons de clinique médicale*, 1873.

de longueur, elle est étendue transversalement au-dessus du détroit supérieur du bassin en arrière de la vessie et décrit une courbe à concavité postérieure, dont les extrémités se terminent dans chaque fosse iliaque, au niveau de la

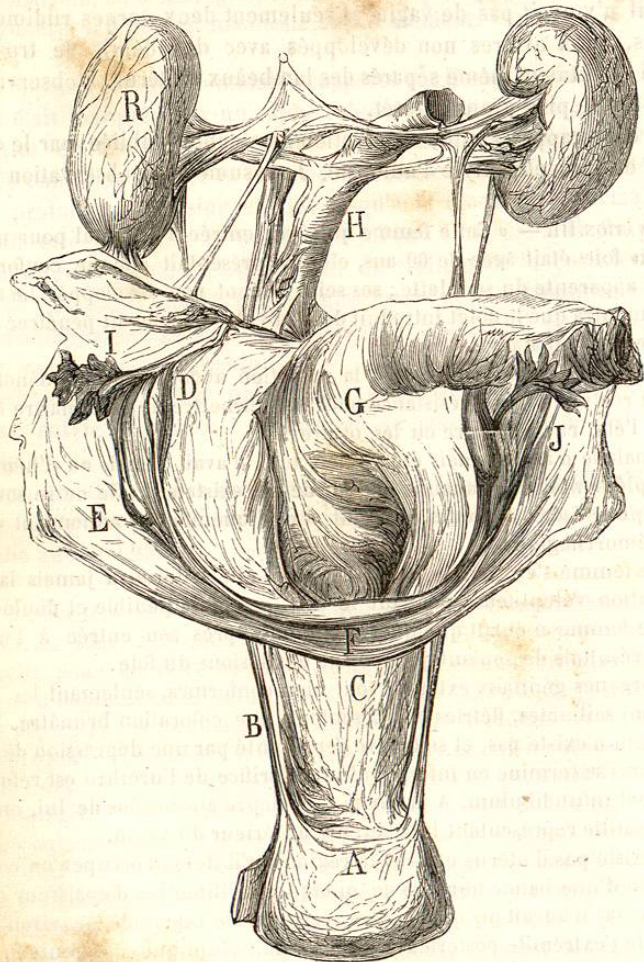


Fig. 48. — Absence d'utérus et de vagin (*).

symphyse sacro-iliaque par un petit tubercule arrondi au-dessus duquel elles se bifurquent.

« Les branches de bifurcation sont représentées à droite et à gauche : l'une située en dehors par la trompe de Fallope bien conformée avec son pavillon

(*) A, face postérieure de la vessie qui a été rabattue en avant sur le pubis, après dissection du péritoine relevé lui-même vers le cordon F qui représente l'utérus rudimentaire. — B, urètre du côté droit. — C, face antérieure du rectum que rien ne séparait de la face postérieure de la vessie A. — F, cordon fibreux transversal représentant l'utérus rudimentaire. — D, ovaire droit. — I, pavillon de la trompe du côté droit. — J, pavillon de la trompe gauche. — E, point de bifurcation du cordon formant l'utérus rudimentaire d'où partent la trompe I et le ligament de l'ovaire D. — G, rectum. — H, aorte. — R, rein droit.

frangé, l'autre par un ligament auquel est appendu l'ovaire également bien conformé et situé plus en dedans.

« A droite la trompe a 8 centimètres de longueur, un mince fil métallique introduit dans son pavillon pénètre de 3 centimètres et demi; sur son trajet on voit quelques petits kystes du volume d'un grain de millet qui ne diffèrent pas de ceux que l'on rencontre d'ordinaire dans cette région. Le ligament de l'ovaire a 3 centimètres de longueur et l'ovaire lui-même 3 centimètres et demi dans son diamètre longitudinal. — Cet organe est rugueux, couvert de petits kystes analogues à ceux de la trompe : son enveloppe est dure, épaisse; il ne contient pas trace de corps jaunes, mais dans son intérieur on voit des vésicules de de Graaf parfaitement reconnaissables.

« A gauche, la trompe a 8 centimètres et demi de longueur, elle est perméable dans une étendue de 3 centimètres et demi. Le ligament de l'ovaire a 28 millimètres, et l'ovaire 25 dans son plus grand diamètre, ce dernier est un peu incliné en dedans et plus éloigné du rein que celui du côté opposé. Sur le trajet de la trompe et sur l'ovaire on ne trouve pas les petits kystes observés à droite sur les organes. A la coupe l'ovaire gauche présente absolument le même aspect que le droit.

« De chaque côté, en arrière de l'ovaire et de la trompe, on trouve un infundibulum péritonéal dans lequel on peut introduire le doigt. Cet infundibulum existe plus marqué à gauche qu'à droite. En examinant attentivement les ovaires, on remarque des adhérences péritonéales qui fixent ces organes principalement à droite où des brides fibreuses s'étendent de la partie supérieure de l'ovaire jusqu'au point qui correspond assez exactement à l'extrémité inférieure du rein du même côté. »

M. Gallard fait remarquer que, dans ce cas, toute tentative dans le but de faire un vagin artificiel eût été formellement interdite.

M. le professeur Richet a publié aussi (1) la relation d'un cas analogue où il rejeta également l'opération.]]

ARTICLE VI

CLOISONNEMENT DU VAGIN.

[[L'auteur a omis de signaler une lésion congénitale qui, bien que rare, présente un certain intérêt. Je veux parler du cloisonnement du vagin.

Cette cloison peut affecter des positions différentes : 1° elle est transversale, plus ou moins épaisse, et divise le vagin en deux loges, l'une située au-dessus de la cloison, l'autre au-dessous, c'est un véritable diaphragme situé sur un point plus ou moins élevé du vagin; 2° la cloison est antéro-postérieure et forme un vagin double, l'un à droite, l'autre à gauche, cette cloison occupe toute la longueur du vagin ou une partie seulement, ordi-

(1) Richet, *Union médicale*.

nairement cette disposition est accompagnée d'un utérus bicorne (fig. 49)

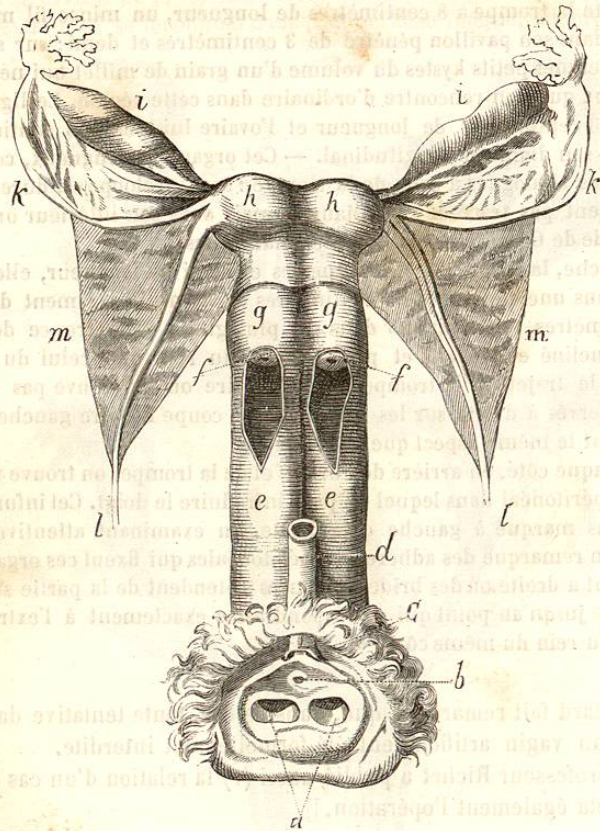


Fig. 49 — Utérus et vagin doubles d'une fille de 19 ans, d'après Eisenmann (*).

et 50); 3° la cloison est longitudinale et allant de droite à gauche, de façon à former un vagin antérieur et un autre postérieur : cette dernière anomalie est très-rare.]]

ARTICLE VII

RÉTRÉCISSEMENT DU VAGIN.

Les exemples de vagins plus étroits que le diamètre normal sont assez fréquents : ce qui est rare, ce sont les rétrécissements locaux sur un point

(*) a, double orifice vaginal, d'après Eisenmann. — b, méatûrèthral. — c, clitoris. — d, urèthre. — e, e, les deux vagins. — f, f, orifices utérins. — g, g, cols des deux utérus. — h, h, corps et cornes des deux utérus. — i, i, ovaires, k, k, oviductes. — l, l, ligaments ronds. — m, m, ligaments larges. (COURTY.)

du canal vaginal : cette conformation est toujours un phénomène pathologique. Nous devons à Kennedy l'observation suivante (1).

OBSERVATION. — Dernièrement, dit-il, j'avais à donner des soins, avec le docteur Johnson, à une jeune femme qui en était à son premier accouchement. Le vagin présentait un rétrécissement congénital très-prononcé, à une distance d'à peu près 3 centimètres de l'orifice. Le coït avait été chez elle très-

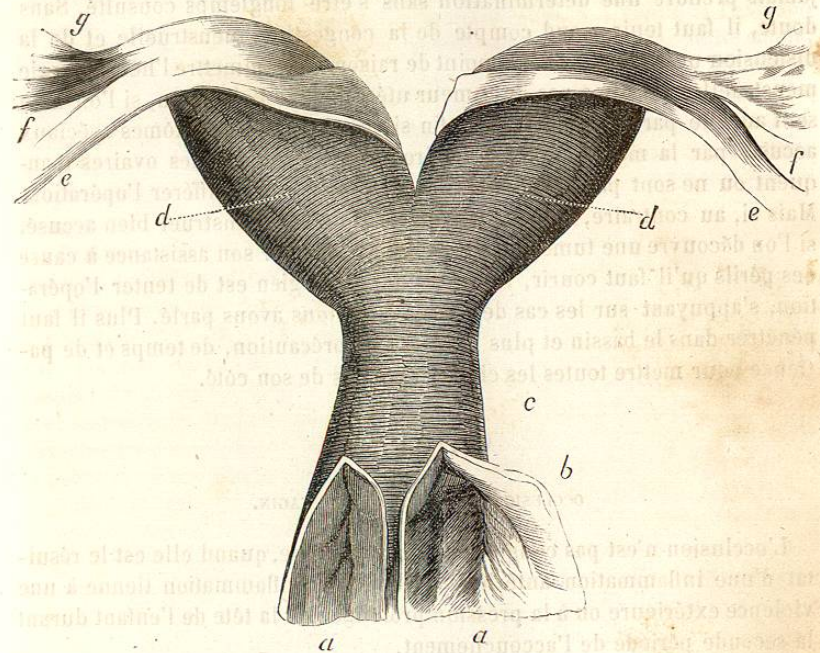


Fig. 50. — Utérus bicornes entièrement doubles et vagins doubles d'une jeune fille de 17 ans, d'après Schröder (*).

douloureux et l'on avait été obligé d'avoir recours à des éponges préparées. La première période du travail dura quarante-huit heures ; au début, c'était avec beaucoup de difficulté que l'on introduisait le doigt, mais peu à peu le vagin se dilata, et quand on administra l'ergot de seigle, l'enfant fut expulsé sans trop de peine.

Cet exemple montre la différence de dilatabilité qui existe entre un vagin congénitalement rétréci et un autre vagin dont le rétrécissement est dû à

(1) Kennedy, *Dublin Journal*, vol. XVI, p. 88.

(*) 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.)

une cause pathologique. Il est évident qu'il doit y avoir de même une grande différence dans le traitement.

Ces divers exemples de rétrécissement, d'absence ou d'imperforation du vagin, nous apprennent qu'avec des soins et de l'habileté ces vices de conformation même ne sont plus sans remède. On ne peut poser aucune règle absolue, et il faut se décider suivant les cas particuliers et d'après l'examen de toutes les circonstances, soit locales, soit générales. En outre, il ne faut jamais prendre une détermination sans s'être longtemps consulté. Sans doute, il faut tenir grand compte de la congestion menstruelle et de la distension utérine. Si l'on n'a point de raison pour admettre l'hémorrhagie menstruelle, s'il n'y a pas de tumeur utérine dans l'abdomen, si l'on n'en sent aucune par le rectum, et enfin si, d'après les symptômes spéciaux accusés par la malade, on est 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 pénétrer 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 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 dé-

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

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

fectueux 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 entouraient 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 teintes 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, Simmons 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 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 reparassent 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.