

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.

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'écoulent 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 je vais citer maintenant confirmeront pleinement ces diverses assertions.

Barrett (1), du Kentucky, a rapporté une observation de rupture de

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

l'utérus pendant le travail, dans un cas d'adhérence très-étendue du vagin.

Kennedy (1) 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 un cas, d'après Charles O'Reilly, 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 (2) 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, il est établi que l'accident fut le résultat d'un travail très-long et très-pénible. Dans un seizième, la maladie fut la conséquence de tentatives d'avortement. 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 (3), elle était le résultat d'ulcères syphilitiques négligés. Parmi tous ces cas, les uns furent abandonnés complètement à la nature, les autres opérés de la manière que nous avons indiquée, et, après avoir fait la somme des succès et des insuccès de part et d'autre, Kask (4) 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 (5), 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

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

(2) Doberty, *Dublin Journal*, t. XXI, p. 65.

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

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

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

ensuite l'ouverture, et donna ainsi issue au sang des règles. L'ouverture fut maintenue dilatée avec des bougies.

Oldham (1) 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, déterminâ un accouchement prématuré.

Dans un exemple de Danyau (2), 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 (3), 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 (4), 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 (5), qu'il me fit examiner, le rétrécissement siégeait à une distance 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 4 centimètre. Malgré cette opération, il fallut faire la craniotomie. La malade guérit également.

Si la liste de ces faits n'était déjà assez longue, je pourrais en citer encore plusieurs tirés de ma 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 mes malades étaient des femmes d'un âge mûr et l'oblitération était relativement récente ; chez d'autres, la lésion était très-ancienne. Aucune de mes malades ne devint enceinte une fois l'oblitération produite. Toutes faisaient

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

(2) 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).

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

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

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

remonter leur maladie à des accouchements antérieurs pénibles. Chez quelques-unes, je réussis par l'emploi des bougies ; chez d'autres, j'échouai ; mais il me parut très-rarement nécessaire ou prudent d'avoir recours au bistouri.

Je ne rapporterai 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. — Je fus consulté 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, je trouvai 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 me demanda si cette dame pouvait devenir enceinte ; j'admis que ce n'était pas impossible, mais que c'était peu probable. Les faits que j'ai cités justifient, je pense, cette opinion. Je conseillai de faire une ouverture pour mettre l'utérus en rapport direct avec le vagin, mais la malade préféra rester telle qu'elle était.

§ I. — Pronostic.

Le pronostic doit être toujours 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.

§ II. — 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 que donne M. Churchill 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 51, 52 et 53, dessinées d'après nature par M. 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 53 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, et M. Churchill indique plus loin les diverses conditions qui modifieront la conduite du chirurgien.]

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.

Dans ces deux classes de faits, j'admets 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



Fig. 51. — Cloison vaginale supposée en coupe (*). Fig. 52. — Avant l'accouchement, vue au spéculum. (CHAILLY.) Fig. 53. — Après l'accouchement, vue au spéculum. (CHAILLY.)

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

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

rectum en arrière, blesser la vessie et l'urètre 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'urètre 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'urètre, 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, j'ai 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 que l'incision, de manière à empêcher les adhérences de se reformer, et l'on changera cette mèche deux fois par jour. On fera passer aussi de temps en temps une bougie ou un cathéter dans le col utérin pour s'assurer qu'il ne se referme pas.

Du reste, il ne faut pas regarder cette opération trop légèrement; elle est tout à la fois difficile et dangereuse. Kennedy (1) fait à ce propos les remarques suivantes:

« Le peu d'épaisseur des tissus à diviser, le danger d'atteindre la vessie ou le rectum, ou même le péritoine, la profondeur des parties sur lesquelles on doit opérer, l'espace restreint dans lequel il faut se mouvoir, toutes

(1) Kennedy, *Dublin Journal*, vol. XVI, p. 92.

ces conditions rendent cette opération aussi difficile, aussi dangereuse qu'aucune autre. » Je prie le lecteur de se rapporter au procédé opératoire décrit par Kennedy.

Quand l'inflammation locale a cessé, il sera temps de commencer l'emploi des bougies de cire ou des bougies de gomme. Elles devront être introduites deux fois par jour jusqu'au col utérin, et il faudra les laisser en place pendant quelque temps. On commencera avec une bougie d'un diamètre modéré, et l'on ira en augmentant peu à peu jusqu'à une bougie du diamètre de 3 centimètres $1/2$ à 4 centimètres. Si dans le nouveau vagin il y a une tendance marquée à la rétraction, il sera bon d'introduire un morceau d'éponge préparée, lequel, en se gonflant, dilatera lentement et énergiquement le canal. L'usage des bougies devra être continué longtemps après la guérison, sinon tous les jours, au moins de temps en temps.

Il est un autre danger beaucoup plus grave contre lequel il faut se mettre en garde, c'est l'extension de l'inflammation au péritoine. La méthode de Kennedy, et je n'en connais pas de meilleure, est d'administrer d'emblée de petites doses de mercure, pas assez pour produire la salivation, mais en quantité suffisante pour soumettre toute la constitution à l'influence rapide de ce médicament. Quand, malgré ce traitement, l'inflammation se produit, il faut la combattre suivant les règles ordinaires, et je n'ai pas à les tracer ici.

La malade doit garder le lit, observer une diète sévère jusqu'à ce que tout danger soit passé, et il faut entretenir la liberté du ventre avec des lavements.

4. Dans les cas où il existe une perforation de la vessie ou du rectum, il faut une grande prudence de la part du chirurgien. Autrement, en détruisant le rétrécissement, on agrandit la fistule. Si la malade n'est pas enceinte, et que le rétrécissement ne cause pas une gêne sérieuse, le procédé de Kennedy, de prendre le moule du vagin et d'appliquer un tampon pour diminuer la quantité de l'écoulement, sera le meilleur.

Si le rétrécissement est simple, et que la perforation de l'un ou l'autre des organes voisins n'ait pas entraîné une grande perte de substance, il faudra s'occuper d'abord du rétrécissement et combattre ensuite les fistules par les procédés que nous décrirons plus loin. Les infirmités liées à cet état sont si graves, que l'on peut bien courir quelque risque pour arriver à les soulager. Et d'ailleurs, les chances de guérison ont été notablement augmentées par les progrès de la médecine opératoire.

Si la malade est enceinte, il faut laisser de côté l'état de la vessie et ne s'occuper que du vagin, que de l'influence du rétrécissement sur l'accouchement, et traiter la malade suivant les règles que je vais maintenant tracer.

La première question est de savoir si l'on doit provoquer un avortement ou un accouchement prématuré, ou simplement détruire le rétrécissement et laisser aller les choses jusqu'au moment où l'accouchement normal se

fera. Nous avons vu que Oldham a provoqué avec succès un accouchement prématuré. Dans un des faits de Doberty, la question d'un accouchement prématuré fut soulevée, et finalement résolue par la négative. Mais après avoir vu la terminaison fatale de cette malade, je ne pense pas, je l'avoue, qu'on ait adopté la marche la plus sage. Nous avons déjà vu que, dans un grand nombre de cas, la rupture de l'utérus était la conséquence de l'inaction, alors même que l'obstacle était une simple bande cicatricielle du vagin, et qu'en attendant l'époque naturelle de l'accouchement, on fait toujours courir aux malades les risques d'une péritonite, si elles échappent à la rupture de la matrice.

Prenant donc tous ces points en considération, je n'hésite pas à conclure qu'il y a des cas dans lesquels l'avortement, ou du moins l'accouchement prématuré, est de beaucoup préférable à l'expectation. Ces cas sont ceux dans lesquels le rétrécissement est formé par une bande cicatricielle très-résistante et très-courte, ou bien par des cicatrices irrégulières qui rendent toute dilatation impossible; ce sont ceux encore dans lesquels le vagin paraît être complètement fermé par des adhérences.

En pareil cas, il est vrai, on peut se demander s'il ne vaudrait pas mieux essayer d'abord l'opération et ensuite la dilatation; peut-être arriverait-on de la sorte à sauver l'enfant sans faire courir beaucoup de risques à la mère? Je pense qu'on doit résoudre cette question affirmativement, et qu'il faut en effet essayer d'abord de détruire le rétrécissement. Il restera toujours d'ailleurs la possibilité de déterminer plus tard un accouchement prématuré, si les circonstances l'exigent. Mais si le rétrécissement est incurable, comme l'enfant n'a en réalité que bien peu de chances de vie, si même il en a, en le laissant arriver à terme, et que la mère courrait les plus grands dangers, il est du devoir du médecin de provoquer les contractions utérines et d'attendre seulement, si cela se peut, que l'enfant soit viable. Il faut savoir aussi que l'opération seule, sans manœuvres spéciales, peut déterminer l'avortement.

On peut provoquer l'accouchement prématuré par la ponction des membranes à travers le col de l'utérus, et l'administration de l'ergot de seigle immédiatement après. Dans quelques cas, il est difficile de passer à travers l'ouverture du col, et l'on est obligé d'employer le bistouri pour se faire une voie. On peut encore faire usage des douches intra-vaginales avec de l'eau chaude, ou bien avec de l'eau froide et chaude alternativement. Ce procédé présente cet avantage que l'eau pénétrera partout où il y aura la moindre ouverture, et l'on ne sera pas forcé d'employer le bistouri. Il peut arriver cependant que la douche ne provoque pas de contractions, et en pareil cas il faut en revenir au moyen que j'ai indiqué d'abord, la ponction et l'administration de l'ergot de seigle.

5. Arrivons maintenant au traitement de ces cas dans lesquels on ne connaît rien de l'état du vagin jusqu'au moment où le travail commence. Ici toute la question porte sur le degré et sur la dilatabilité du rétrécisse-

ment, en d'autres termes, sur la résistance que le vagin offrira au passage de la tête de l'enfant. Si les cicatrices sont extensibles, si le vagin n'est pas trop resserré, on peut espérer que les seuls efforts de la nature triompheront de la résistance des tissus. Denman remarque « que, dans le grand nombre de cicatrices du vagin qu'il a vues, il n'a jamais rencontré un seul exemple de dystocie par suite de ces cicatrices, quand du moins les contractions utérines avaient leur énergie habituelle. Les accouchements ont été, il est vrai, plus longs, mais ils ne s'en terminaient pas moins heureusement.

Kask et Purefoy ont cité deux cas semblables à ceux de Denman.

Il y a des moyens de faciliter la distension du vagin en relâchant les tissus. Hamilton, Davis et d'autres, ont réussi en pratiquant de larges saignées. Nous devons à Kennedy la première application de l'émétique en pareil cas : ce moyen paraît avoir réussi tout aussi bien que la saignée, et cela avec beaucoup moins de perte de forces pour la malade. Si donc on décidait que le rétrécissement n'exige pas une intervention plus active, il faudrait avoir recours à ces divers moyens ; mais quand le rétrécissement est considérable, quand il ne reste plus qu'un petit conduit circulaire très-resserré, il est tout à fait hors de propos d'abandonner les choses à la nature. Le danger des rétrécissements du vagin, au moment du travail, ne vient pas seulement de ce que l'espace qui reste pour le passage du fœtus est plus étroit, mais encore de ce que l'inflammation a modifié la structure de tous les organes adjacents. Le vagin est moins en état de supporter une dilatation forcée, et si la portion rétrécie arrête trop longtemps la tête au passage, il se fera très-probablement au-dessus de l'obstacle une rupture, s'il existe quelque solution de continuité antérieure. Si, au contraire, il y a déjà une fistule, cette fistule devient très-facilement une large déchirure : deux organes distincts se trouvent réunis, et ainsi se produit une des plus affreuses calamités qui puissent arriver à une femme.

Cette description de Doberty (1) n'est que trop vraie : une infirmité incurable ou la mort de la mère, et la mort de l'enfant comme conséquence nécessaire : telles sont les raisons qui ne permettent pas d'hésiter sur l'opportunité d'une opération, et surtout d'une opération très-prompte. Sans doute il y a le danger de voir les incisions se transformer en fistules, mais c'est le seul moyen d'augmenter les chances de salut pour la mère. Si, après les incisions et l'emploi de l'émétique, le rétrécissement résiste encore, on doit avoir recours à la craniotomie, et cela sans la moindre hésitation. Il faut se rappeler d'ailleurs que cet enfant, qui est le grand obstacle au salut de la mère, ne pourra pas lui-même survivre à une rupture de l'utérus.

Enfin, quand le vagin est complètement oblitéré sur un point ou dans une certaine étendue, il faut encore ne pas hésiter à attaquer l'obstacle

(1) Doberty, *Dublin Journal*, t. XXI, p. 70.

avec le bistouri. Il se peut qu'une fois l'incision faite, le travail s'achève tout naturellement, sans danger pour la mère ou pour l'enfant ; ou bien il se peut que les tissus offrent encore assez de résistance pour compromettre la vie de l'un et de l'autre. Si nous sommes sûrs de cette condition, il n'y a encore qu'une ressource, la craniotomie. Inutile de dire que jamais le forceps n'est admissible pour un vagin qui présente des cicatrices.

Le traitement de tous ces cas divers exige donc les plus grands soins et la plus grande attention. Le danger d'une inflammation péritonéale ou vaginale est toujours imminent. Le repos le plus absolu, des fomentations chaudes sur la vulve, des injections vaginales tièdes de lait et d'eau, de petites doses de mercure devront être employées immédiatement ; et si, malgré ces précautions, la péritonite se déclare, on la combattra par les moyens ordinaires, la saignée, des sangsues et du mercure. Si la malade se rétablit, le médecin devra faire tous ses efforts pour empêcher qu'un nouveau rétrécissement ou de nouvelles adhérences ne se reproduisent.

Tous ces faits appellent l'attention sur la nécessité de prendre des mesures prophylactiques dans les cas d'accouchement difficile ou après l'emploi des instruments. Dans tous les cas où il s'est produit une inflammation ou une ulcération à la suite de l'accouchement, il faut se rappeler les chances de difformité qui peuvent être la suite de ces inflammations, et l'on doit porter la plus scrupuleuse attention sur l'état du vagin.

Au début, quand l'inflammation est aiguë, on prescrira seulement des moyens adoucissants, tels que fomentations et cataplasmes sur la vulve, injections vaginales de lait et d'eau, et au besoin quelques sangsues. Une mèche de linge huilé sera introduite dans le vagin, de manière à empêcher l'adhérence des bords. Quand l'inflammation a cessé, que les douleurs ont disparu, on remplace la compresse par un tampon, de manière à conserver au vagin son diamètre normal ; ou bien on introduit deux fois par jour, en la laissant en place un certain temps, soit une bougie, soit une éponge préparée. On devra de temps en temps examiner les parties pour s'assurer s'il y a quelque tendance à de la contraction, et l'on continuera ces précautions jusqu'à ce que l'on soit bien certain que le canal est guéri et qu'il a repris sa forme et ses dimensions.

CHAPITRE II

VAGINISME.

Marion Sims (de New-York) (1) a décrit un état particulier du vagin, qu'il considère comme le résultat d'une contraction spasmodique, par

(1) Marion Sims, *Transact of Obstetrical Society of London*, 1861-1862, vol. VIII, p. 356 et *Notes cliniques sur la chirurgie utérine*, Paris, 1866.