

quinze jours auparavant, à la suite de coliques, une tumeur abdominale grosse comme un œuf. Cette tumeur, disait-elle, disparaissait la nuit pour reparaitre le matin. Peu à peu elle grossit, et, finalement, la mère, inquiète, vint soumettre l'enfant à notre examen.

Je sentis alors, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, une tumeur médiane, grosse comme une petite orange, ou plutôt comme un petit citron, car elle était oblongue, à grand axe vertical. Elle descendait jusqu'à cinq centimètres environ au-dessus de la symphyse, était dure, nettement limitée, libre de toute adhérence à la paroi. Indolente, elle pouvait aisément être prise entre les deux mains et envoyée dans le ventre d'un côté à l'autre; elle était légèrement abaissable, avec douleurs, il est vrai, mais ne pouvait être déplacée de bas en haut. Dès qu'on la lâchait, elle reprenait sa place sur la ligne médiane, sous l'ombilic.

En présence de ces signes, et en raison d'une autre observation que je relaterai dans un instant, je conclus qu'il s'agissait d'un utérus légèrement distendu et élevé dans le ventre au-dessus d'une poche formée par du sang menstruel retenu dans le vagin. Si c'était, en effet, l'utérus, comme je le pensais, il était bien évident que la collection sanguine n'était pas dans sa cavité, puisque la tumeur était nettement et de loin séparée de la symphyse. Que la tumeur fût plus grosse qu'un utérus normal, le fait était constant; mais seule une élévation du vagin distendu permettait une semblable élévation.

L'interrogatoire m'apprit immédiatement que la fille n'avait jamais été réglée; et les coliques qu'elle accusait au début du mal actuel devaient être considérées comme le premier molimen menstruel. Tout de suite je pratiquai l'inspection dans la position du spéculum: la vulve et l'hymen étaient bien conformés, mais, à 1 centimètre environ en arrière de l'hymen, le vagin était manifestement oblitéré; un stylet même ne trouvait pas sa route.

Cette cloison semblait bien bomber et être dépressible, mais le doigt n'y avait pas assez librement accès pour un examen fructueux. Je fis donc le toucher rectal, et je sentis, au palper bimanuel, une grosse tumeur ronde, fluctuante, indolente.

Le diagnostic que j'avais posé pour ainsi dire « de chic », se trouvait donc confirmé, et l'indication chirurgicale était d'inciser la cloison vaginale pour donner issue au sang collecté. Rien ne pressait d'ailleurs, car les souffrances étaient nulles lorsque la malade était couchée; et s'il y avait des envies fréquentes d'uriner, les mictions étaient libres et indolentes; les selles également n'étaient pas entravées. Pas de fièvre; pas de symptômes d'hémorragie.

Je remis donc l'intervention à une date ultérieure, et le 8 juin, au matin, je la fixai au lendemain, parce que, pendant la nuit, étaient survenues des coliques assez violentes, avec épreintes; la malade, en allant à la selle, avait rendu quelques gouttes de sang. A la visite du matin, la tumeur me parut un peu plus tendue; et, comme nous nous trouvions à peu près à un mois de la crise initiale de coliques, il s'agissait, à n'en pas douter, d'une nouvelle période menstruelle. Au reste, aucun accident sérieux; ventre souple, pouls et température normaux; et je crus inutile d'opérer d'urgence.

Or, le lendemain matin, la distension par une nouvelle arrivée de sang avait eu un résultat que certes je n'avais pas prévu: au milieu de la nuit, au cours de coliques violentes, la cloison vaginale s'était rompue, et il était sorti par le vagin une grande quantité de sang noir, en partie coagulé. La veilleuse prétendait qu'il y en avait eu près de trois litres, ce que je crois fort exagéré; mais j'évalue la poche que j'avais sentie au bas mot à un litre.

Le soulagement fut immédiat. Aucune hémorragie ne continua, et je trouvai la malade en très bon état. Dans le ventre, souple, on ne sentait plus la tumeur due à l'ascension de l'utérus; derrière l'hymen, on voyait un vagin perméable, avec un orifice qu'entouraient quelques lambeaux de la cloison.

Cette rupture spontanée, qui ne me paraît pas être bien fréquente, a donné un bon résultat immédiat. Et comme, naturellement, la cloison rompue était mince, nous sommes en droit d'espérer un bon résultat définitif. Au lieu que la jeune fille reste parfois, si la cloison est épaisse, exposée à des ennuis, comme dans une observation que j'ai recueillie il y a quelques années.

II

Cette épaisseur a d'abord eu comme résultat que, la rupture spontanée ayant été impossible, les troubles fonctionnels ont été bien plus prolongés et plus sérieux.

Il n'y a pas eu ici l'histoire typique de ces crises douloureuses régulièrement mensuelles, qui sont classiquement caractéristiques des rétentions par malformations génitales. Le trouble initial fut une rétention d'urine qui survint le 6 janvier 1895, sans cause connue. La malade fut sondée à l'Hôtel-Dieu par l'interne de garde; après quoi elle urina bien pendant quinze jours. Puis nouvelle rétention, nouveau cathétérisme. Et depuis ce moment, le cathétérisme restant utile de temps à autre, se sont manifestées des douleurs abdominales intermittentes, sans périodicité marquée, siégeant toujours dans le bas-ventre et principalement à droite.

Cela dura jusqu'à la fin de mai; à cette date, la malade, en se tâtant le ventre, sentit une tumeur dans le côté droit. Et lorsqu'elle entra à l'hôpital Trousseau, le 5 juin 1895, je constatai, à la palpation, un état de l'abdomen à peu près identique à celui que je viens de vous décrire chez la malade précédente. La tumeur, grosse comme une mandarine, n'était ici pas médiane, mais située sous le bord externe du grand droit de l'abdomen; elle dépassait un peu, par en haut, la ligne allant de l'épine iliaque à l'ombilic. Lisse, régulière, elle faisait sous la paroi une saillie appréciable à la vue; elle était nettement indépendante en bas de la fosse iliaque, en haut de la face inférieure du foie. Sa mobilité, très nette latéralement, bien moindre de haut en bas, n'était en rien modifiée par les contractions de la paroi abdominale. Au-dessous d'elle seulement la pression était douloureuse.

Que pouvait être cette tumeur, certainement solide, indépendante du foie et du rein, semblant pédiculisée en bas et en dedans? Au premier abord, j'avoue que je fus embarrassé, et après avoir examiné la malade à la consultation, je l'admis sans

avoir porté de diagnostic; mais l'examen complet ne tarda pas à éclairer les choses.

L'enfant avait quatorze ans et demi, et jamais elle n'avait été réglée: c'est un peu tard pour une Parisienne. Je regardai donc les organes génitaux, et derrière une vulve bien conformée je vis, en écartant les grandes lèvres, que le vagin n'existait pas. Il était remplacé par une saillie arrondie, dépressible, accessible à la pulpe de l'index; et en exerçant ce contact, tandis que la main gauche appuyait sur l'hypogastre, j'obtins la sensation de flot. Assez obscure, il est vrai, car l'accès vaginal n'était pas large. Mais dans le rectum bombait une grosse tumeur molle, et là on sentait par le palper bimanuel une fluctuation évidente. La masse hypogastrique était mate.

Dès lors mon diagnostic était établi: au-dessus de la cloison s'était collecté un volumineux hémato-colpos, et l'utérus, élevé dans le ventre au sommet du vagin distendu, constituait la petite tumeur sur laquelle on avait attiré mon attention la veille.

Comme troubles fonctionnels, je rappellerai les douleurs abdominales intermittentes; la constipation était habituelle. Au moment de l'admission, la miction était aisée; les urines normales. Il n'y avait pas de fièvre.

Le plan opératoire devait donc être d'inciser par le vagin la cloison qui bombait, pour rétablir la perméabilité des voies génitales. Il y a une vingtaine d'années, on discutait encore longuement sur le parallèle de la ponction et de l'incision franche, en raison des accidents septicémiques qui éclataient assez souvent lorsqu'on ouvrait largement et en un seul temps une vaste collection sanguine occupant à la fois le vagin et la cavité utérine; les caillots de cette dernière, en effet, s'évacuent lentement. Aujourd'hui le débat est clos et le danger de l'incision large est nul si le chirurgien opère aseptiquement.

J'intervins dès le 7 juin, parce que la veille au soir la rétention d'urine avait reparu; et une tentative avait été infructueuse pour cathétériser l'urètre aplati contre la symphyse par la tumeur vaginale. L'enfant étant endormie et placée dans la position du spéculum, je sondai de nouveau la vessie, avec la sonde métal-

lique; j'y parvins sans peine, en abaissant fortement le pavillon dès que le méat fut franchi. Une fois la vessie évacuée, je fendis la cloison vaginale par une incision médiane, et après avoir traversé une épaisseur notable, un bon centimètre de tissus, j'arrivai dans une vaste poche, d'où il sortit au moins un litre de sang noir, en partie coagulé. Je ne lavai point et je mis à la vulve, pour finir, une mèche de gaz iodoformée. Tandis que la poche se vidait, la tumeur abdominale descendait : finalement elle disparut, et ayant introduit mon doigt dans le vagin, je trouvai au palper bimanuel un utérus encore gros.

Les suites opératoires immédiates furent des plus simples, et j'espérais que la cure serait radicale et définitive. Malheureusement, il n'en fut rien. Pendant quelques mois, les règles se passèrent normalement, le vagin resta perméable. Mais — sans doute parce que la jeune fille n'était pas encore à un âge où elle songeât à entretenir mon œuvre par un calibrage fréquent — le canal se rétrécit assez vite, et le 3 septembre mon opérée me fut ramenée avec de nouveaux accidents, identiques aux premiers.

Le vagin était dur, atrophie, et avant d'arriver à la collection sanguine j'eus à traverser une grande épaisseur de tissu scléreux. Après quoi, il y eut une nouvelle période de calme, et la malade quitta l'hôpital le 1^{er} janvier 1896. Mais ce fut pour y rentrer le 3 février, et plusieurs essais de dilatation échouèrent. A la fin d'avril il se formait encore un hémato-colpos. Si bien que je jugeai indiquée la castration tubo-ovarienne, pour mettre fin aux troubles fonctionnels graves dont j'avais été plusieurs fois le témoin. Je n'ai pas besoin de dire que pour ce faire j'eus recours à la laparotomie : le vagin était trop étroit et trop dur pour que je pusse avoir un instant l'idée de lui demander passage après l'incision destinée à évacuer le sang. Cette incision fut d'ailleurs faite — c'est à peine si j'ai besoin de le dire — quelques jours avant l'ablation des annexes. Celle-ci fut très facile, car il n'y avait pas d'adhérences autour des organes à enlever; les trompes ne contenaient pas de sang et ne paraissaient pas avoir jamais été distendues ou malades. Le 30 mai 1896, l'opérée sortait guérie de l'hôpital.

Aurais-je plutôt dû chercher à assurer, par une opération auto-plastique, un vagin définitivement perméable? Certains chirurgiens le penseront peut-être. Mais quand on étudie à ce point de vue les observations publiées, on se demande si, une fois le vagin refait, les exercices amoureux auxquels sa propriétaire le soumet ne sont pas, pour l'entretenir, aussi importants que sa création chirurgicale; en sorte que le rôle de l'opérateur semble être surtout d'établir au périnée antérieur un cul-de-sac plus ou moins profond et plus ou moins souple, capable de servir d'amorce à des améliorations ultérieures. Or, chez ma malade, le cul-de-sac existait naturellement, et je suis très persuadé que, le jour où le cœur lui en dira, elle pourra l'utiliser sans me demander préalablement secours. Restait donc la question de fécondation. Mais, avec ces organes anormaux, la fécondation était hypothétique; et si elle avait eu lieu, comment le vagin étroit et dur aurait-il permis l'accouchement? Par la castration, j'ai coupé court à ces interrogations.

III

Chez mes deux malades j'ai senti, au pôle supérieur de la tumeur formée dans l'abdomen par le vagin distendu, l'utérus un peu gros, mobile latéralement, une fois bien médian, une fois un peu déjeté à droite. Et la première fois j'avais eu une sensation si particulière, si nette, que la seconde j'allai droit au diagnostic, avant même d'avoir regardé la vulve.

En lisant dans les livres classiques les plus récents, — j'entends le *Traité de chirurgie* et surtout le *Traité de gynécologie* de Pozzi, — je n'ai pas trouvé ce signe mentionné; ce qui ne veut nullement dire qu'il ne soit pas décrit dans une ou plusieurs observations. C'est donc sans aucune prétention à la priorité que j'insiste un peu sur lui, pour montrer qu'il peut rendre service dans les cas où le vagin est cloisonné très haut.

Alors, en effet, c'est une tumeur à peu près exclusivement abdominale qui se développe, et à l'inspection rien n'est anormal du côté des organes génitaux; à première vue, rien ne bombe

au-dessus de l'hymen. C'est ainsi que dans deux cas récents, Tipiakoff¹ diagnostiqua un kyste, et d'emblée fit la laparotomie. Les deux malades ont guéri, ce qui démontre que si cette intervention est certainement assez difficile, elle n'est pas autrement dangereuse. Mais je suis persuadé que la plupart du temps l'incision de la cloison vaginale, même haut située, doit suffire, et, malgré ce que j'ai dit il y a un instant sur la castration secondaire, notre but doit être, en pareille occurrence, de conserver à la fois la fonction et l'organe.

Il est à peu près certain que si, passant outre à l'intégrité extérieure des organes génitaux, le chirurgien pratiquait toujours, en pareille occurrence, le toucher vaginal, il ne pourrait guère méconnaître la nature exacte de la tumeur. Chez une fille non réglée, mais en âge de l'être, seul un hémato-colpos peut ainsi bomber au fond d'un vagin dans lequel on ne sent nulle part le col de l'utérus. On hésite souvent, je le sais, à pratiquer le toucher vaginal chez les fillettes. Mais l'indication en sera formelle si, au-dessus de la tumeur liquide plus ou moins volumineuse qui remplit l'hypogastre, on sent, comme cela m'est arrivé deux fois, l'espèce de battant de cloche à l'envers formé par l'utérus en haut du vagin distendu.

Cela exige, sans contredit, que l'utérus ne soit pas très distendu; qu'il n'y ait pas une volumineuse hématométrie formant dôme à l'hémato-colpos. En ce cas, le globe utérin ne constitue plus au pôle de la tumeur liquide une excroissance solide bien limitée. Il faut donc savoir vous passer de ce signe, évidemment inconstant, et son absence ne sera pas un motif suffisant pour vous abstenir du toucher vaginal. Certes, on doit être sobre de ce mode d'examen chez les vierges en général, et surtout chez les petites filles; on doit recourir d'abord au toucher rectal. Mais, pour peu qu'il reste un doute, on doit préférer la dilatation prématurée de l'hymen à la possibilité d'une laparotomie inutile.

L'hémato-colpos étant reconnu, on doit l'inciser largement par

1. ТИПАКОВЪ. — « Deux cas d'hémato-colpos ». *Med. obozr.*, nov. 1898, p. 649. D'après l'*Année chirurg.*, de Depage, Bruxelles, 1899, p. 146.

le vagin. Après quoi, n'oubliez pas que la récurrence est possible : je viens d'en relater une observation, et on a publié déjà d'assez nombreux cas analogues. On peut lutter contre cette coarctation secondaire par des séances plus ou moins répétées de dilatation instrumentale. Mais lorsque les malades ne semblent pas avoir envie de s'occuper elles-mêmes, et physiologiquement, de cette besogne, j'ai dit il y a un instant qu'on pouvait être conduit à pratiquer la castration secondaire.