

fut pratiqué avec le plus grand soin et permit de constater que l'utérus était sain. On diagnostiqua un cancer des grandes lèvres, et l'état avancé de la maladie ne nous permit de tenter aucune opération. La figure 42 donne une bonne idée de l'apparence qu'offrait cette tumeur.

OBSERVATION III. — Une femme âgée de soixante-sept ans, mère de dix enfants. Le périnée tout entier, le mont de Vénus et la grande lèvre droite présentaient une surface étendue et continue de cancer épithélial : des tubercules cancéreux s'étaient développés dans les aines et menaçaient de s'ulcérer. La maladie, au dire de cette femme, datait d'un an et s'était développée presque sans douleurs. Elle éprouvait une sensation de brûlure et avait quelquefois de la difficulté à uriner. Il y avait eu quelques petites hémorragies. La maladie avait débuté dans l'aine droite et s'était peu à peu étendue à la grande lèvre droite; le vagin et l'utérus étaient sains. La malade vécut encore douze mois. La figure 43 donne une idée très-exacte du volume, de l'étendue et de l'apparence granuleuse de cette tumeur maligne.

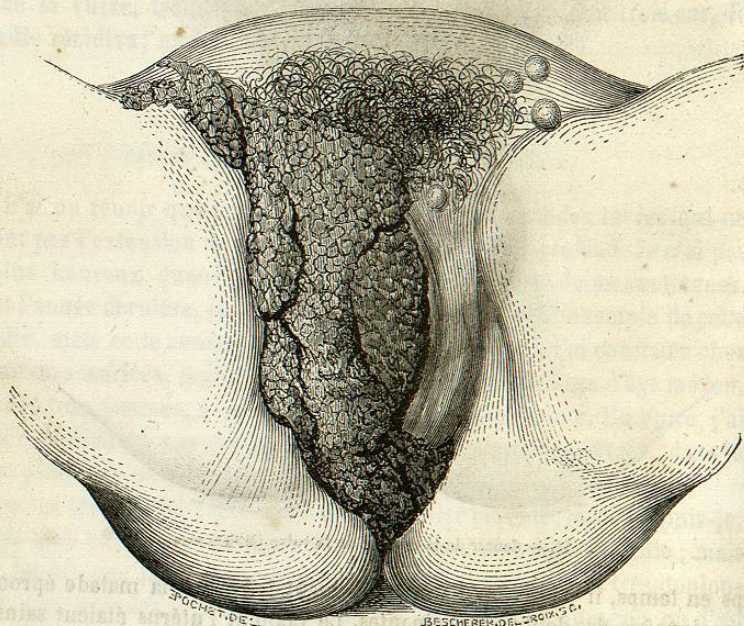


Fig. 43. — Cancer de la vulve (M^rCLINTOCK).

Ces trois observations sont des faits d'affection carcinomateuse des organes génitaux externes; car l'examen le plus sérieux des parties internes ne nous a fait découvrir aucune lésion de l'utérus ni du vagin.

Il n'y a pas de remède curatif; mais au début on tâchera de ralentir la marche du mal, en améliorant l'état général par une bonne nourriture et un peu d'exercice. Plus tard, le soulagement n'est apporté que par des moyens calmants, des lotions rafraichissantes, spécialement celles qui pourront neutraliser l'odeur.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES

SECTION PREMIÈRE

MALADIES DU VAGIN.

CHAPITRE PREMIER

OCCLUSION DU VAGIN.

L'occlusion du vagin n'est pas toujours la conséquence d'une lésion, et ordinairement elle n'est pas une cause de danger; cependant elle peut donner lieu à de grands inconvénients.

L'occlusion peut être complète ou incomplète; elle peut être congénitale ou acquise; elle peut, en outre, siéger dans des points variables du canal vaginal.

Je me propose donc de décrire : 1^o les vices de conformation congénitaux; 2^o ceux qui résultent de maladie ou de blessures. Dans chaque division, nous les considérerons en suivant un ordre anatomique, c'est-à-dire en commençant par l'occlusion de l'orifice, puis nous décrirons l'occlusion du canal.

ARTICLE PREMIER

PERSISTANCE DE L'HYMEN.

§ I. — Symptômes.

Sous ce titre, je comprendrai les cas dans lesquels l'hymen, même normal ou régulièrement perforé, offre une résistance telle qu'on le retrouve intact dans les conditions où il aurait dû être détruit. Il n'est pas douteux que ce fait peut dépendre de la résistance seule de l'hymen; mais il peut aussi dépendre de l'insuffisance des forces destinées à surmonter l'obstacle. Jusqu'au mariage, il est évident qu'en pareil cas on n'observera pas d'effets anormaux. Les règles peuvent couler librement, et à moins que quelque lésion utérine ne demande un examen local, cette particularité passe inaperçue.

Dans la majorité des cas, l'hymen, après le mariage, est dilacéré ou dilaté; mais quelquefois il peut être assez résistant pour mettre obstacle à l'intromission complète. Il peut alors résulter de grands inconvénients et beaucoup de douleur de ces tentatives infructueuses qui amènent une

violente irritation des parties, et peuvent faire croire à quelque vice de conformation qui s'opposerait à l'accomplissement régulier de l'acte générateur. J'ai plus d'une fois vu le trouble s'introduire dans une famille à la suite de faits de cette nature. Quelquefois aussi il existait une irritation si grande, qu'elle s'opposait à tout rapprochement. Dans un cas pour lequel je fus consulté, je trouvai l'hymen persistant et rigide; l'orifice vaginal était très-étroit, mais l'urèthre était extrêmement dilaté, et je pus me convaincre que les rapports sexuels avaient lieu dans le canal urétral. Beck signale un fait semblable. M. Davis en cite un autre, d'après Champion (1). Je ne crois pas qu'il existe d'autres observations de ce genre; mais elles sont une preuve suffisante du degré de résistance que peut offrir cette membrane.

En médecine légale, la rigidité et la persistance de l'hymen sont signalées à juste titre comme des causes de stérilité auxquelles on peut remédier. Beaucoup d'entre nous ont pu voir comme moi la stérilité cesser par la destruction artificielle d'un hymen résistant, comme le rapporte Oldham (2).

Nous ne devons pas conclure de là qu'un hymen résistant implique nécessairement la stérilité; il y a de nombreuses observations qui prouvent le contraire. Fodéré (3) rapporte une observation d'après Fabricius, dans laquelle il s'agit d'un mari qui demanda la dissolution de son mariage, parce qu'il ne pouvait avoir de rapports complets avec sa femme. La femme, examinée, fut trouvée enceinte, et une incision détruisit aussitôt l'obstacle (4). Tucker, Merriman (5), Davis (6) et Crosse (7) ont publié des observations semblables, dans lesquelles l'orifice vaginal aurait à peine admis un pois; et cependant la conception eut lieu.

Beaucoup d'autres observations pourraient encore être citées à l'appui de cette assertion.

J'ai donné mes soins à une dame pendant son accouchement. Son hymen était entier et parfaitement distinct, et l'orifice vaginal était si petit, que mon doigt ne pouvait atteindre la partie fœtale qui se présentait. Il était impossible que l'intromission ait eu lieu, j'ai observé deux autres cas analogues. Je soupçonne que, dans ces circonstances, il peut arriver que l'élasticité de la membrane permette une intromission incomplète, et ainsi s'expliquerait la possibilité de la conception.

J'ajouterai encore que l'hymen, au lieu de présenter, comme c'est l'ordinaire, une ouverture semi-lunaire à la partie supérieure, peut être perforé

(1) Champion, *Journal universel*, vol. XL, p. 241.

(2) Oldham, *Med. Gazette*, 1849, p. 48.

(3) Fodéré, *Traité de Médecine légale et d'Hygiène publique*. Paris, 1813.

(4) Beck's, *Medical Jurisprudence*, p. 63.

(5) Merriman, *On difficult parturition*, p. 216.

(6) Davis, *Obstetric Medicine*, vol. I, p. 104, 105.

(7) Crosse, *Cases in Midwifery*, p. 55.

d'un ou plusieurs pertuis à son centre, ou bien encore il est divisé en plusieurs bandes placées en travers de l'orifice vaginal.

§ II. — Traitement.

Heureusement le traitement de ces cas est fort simple, que la femme soit ou non enceinte.

Dans beaucoup de circonstances, l'orifice peut être dilaté au moyen de bougies de plus en plus grosses.

Si ce moyen échoue, on incisera la membrane avec le bistouri ou les ciseaux; et l'on empêchera la réunion des lambeaux au moyen d'une tente de charpie interposée entre eux. On emploiera ensuite les bougies, pour maintenir l'orifice dilaté.

ARTICLE II

IMPERFORATION CONGÉNITALE DE L'HYMEN (1).

Les cas sont très-nombreux dans lesquels l'orifice vaginal est complètement fermé, depuis l'urèthre jusqu'à la fourchette. Là où devrait être une fente on voit une simple ligne ou une membrane tendue. Je suis de l'avis d'Ashwell (2), qui pense que cette disposition doit être très-fréquente chez les jeunes enfants. J'en ai vu de nombreux exemples, quelquefois même deux ou trois dans la même famille, et je suppose que bien souvent les parents ou les enfants remédient eux-mêmes à cette anomalie avant l'âge où elle pourrait devenir gênante; du moins il est bien sûr qu'elle est bien plus fréquente dans l'enfance qu'après la puberté (3).

Durant la première période de la vie, cette disposition n'a pas d'inconvénient; si l'on en est prévenu, on peut y remédier très-facilement, soit en écartant fortement les lèvres l'une de l'autre, soit en introduisant une sonde cannelée par la partie supérieure de l'hymen: en pressant légèrement sur l'instrument, on déchire facilement toute la membrane; enfin, si les autres procédés échouaient, on a recours au bistouri. Une petite compresse trempée dans l'huile est introduite entre les lèvres; autrement, elles se réuniraient, et l'opération serait à refaire.

§ I. — Symptômes.

Une fois la puberté arrivée, les règles ne pouvant s'échapper, des accidents se produisent. A chaque époque, la malade éprouve les phénomènes prodromiques de la menstruation: malaise, douleurs dans les reins, pesan-

(1) Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, *Histoire des anomalies de l'organisation*. 1832, t. I, p. 551.

(2) Ashwell, *Diseases of women*.

(3) [L'examen d'un très-grand nombre de nouveau-nés à la Maternité de Paris, ne m'a jamais permis de constater que cet accident soit aussi fréquent que semble le penser l'auteur. (Wieland.)]

teur sur le bas-ventre, fatigue générale, douleur de tête, etc., et chaque mois ces accidents augmentent d'intensité, sans qu'on voie apparaître aucun écoulement. D'autres symptômes encore viennent s'ajouter, tels que; de la pesanteur à la vulve, la sensation d'un corps qui tend à descendre, et peu à peu une tumeur apparaît au-dessus du pubis. La santé générale s'altère, l'appétit diminue et même disparaît entièrement; il y a de la constipation, la figure est pâle et blême; la malade est faible, languissante, incapable de faire aucun mouvement; elle éprouve presque constamment de la gêne et même de la douleur dans le ventre.

A la fin, l'attention de la mère de la malade est éveillée par les douleurs dont se plaint sa fille, et en même temps par les accidents de congestion locale sans écoulement. On fait un examen complet, et l'on arrive alors à découvrir la cause des accidents. En écartant les grandes lèvres, au point où devrait se trouver l'orifice du vagin, on aperçoit une poche membraneuse qui fait une saillie plus ou moins considérable. Cette membrane est d'un rouge noirâtre; elle est élastique, rénitente et plus ou moins douce au toucher, suivant son épaisseur. Si l'on appuie sur cette poche, on ne détermine aucune douleur, mais le doigt perçoit nettement la sensation d'un liquide. L'épaisseur de cette poche est très-variable: tantôt elle est mince comme les parois intestinales, tantôt elle est beaucoup plus épaisse. Dans plusieurs cas que j'ai pu observer, elle était pour le moins aussi épaisse que les parois du vagin. Dans le fait de Physic (1), cette membrane était d'une épaisseur extrême. Dans un autre cas, Cormack (2) a décrit cette poche comme une masse solide de chair.

Dans un fait observé par Debrou (3), il a eu à diviser une substance de 7 centimètres $1/2$ de profondeur avant d'arriver sur l'utérus distendu. L'utérus était lui-même imperforé, et une ouverture fut faite pour donner issue au sang des règles. Par la suite, la menstruation s'établit, la malade se maria et devint enceinte. Au moment du travail, l'orifice utérin ne céda pas, et Debrou fit plusieurs incisions latérales. Des convulsions survinrent, et il fallut terminer l'accouchement avec le forceps; une péritonite se déclara au bout de deux jours, et la malade mourut le dixième.

Watson (4) a rapporté l'exemple d'une jeune fille qui n'avait jamais été réglée, mais qui avait des appétits sexuels. A l'examen, on trouva qu'elle n'avait pas de vagin; il n'y avait point cependant de tumeur abdominale. Watson divisa les tissus jusqu'à la profondeur de 4 centimètres $1/2$, et tomba dans la partie supérieure d'un canal conduisant à l'ouverture de la matrice. Le fait est que, malgré la bonne santé de la malade et la manifestation de désirs sexuels, la matrice n'était pas développée et les règles ne s'étaient jamais produites.

(1) Dorsey, *Surgery*, vol. II, p. 368.

(2) Cormack, *Medical Commentaries*, p. 187.

(3) Debrou, *Relation d'un cas d'oblitération complète et congénitale du vagin, avec imperforation du col de la matrice* (*Gazette médicale*, 18 janvier 1851, p. 32).

(4) Watson, *New-York Journal of medicine*, 1845.

Nous verrons un fait analogue dans un cas d'occlusion accidentelle du vagin.

OBSERVATION I. — A l'hôpital Saint-Barthélemy se présenta une femme avec une oblitération semblable de la partie inférieure du vagin. Une fois la membrane extérieure divisée, l'opérateur, M. Wormald (1), trouva que l'utérus était lui-même imperforé; il plongea un trocart au niveau de l'orifice et donna issue à 420 grammes de sang menstruel qui avait été retenu dans l'organe. La malade alla d'abord très-bien les premiers jours, mais elle mourut le huitième jour après l'opération.

Il est évident qu'à la vue et au toucher, les symptômes sont très-différents, quand la cloison est mince ou quand elle est épaisse: il faut toujours avoir ces différences présentes à l'esprit.

Si l'on examine l'abdomen au-dessus du pubis, sauf les cas d'atrophie de l'utérus, on trouvera une tumeur variable en volume, suivant la quantité de liquide qu'elle contient, semblable comme forme à l'utérus et occupant la position de cet organe. Si à cette tumeur on imprime un brusque mouvement, une chiquenaude par exemple, on devra sentir le contre-coup de cette chiquenaude sur la membrane étendue entre les lèvres, à moins qu'elle ne soit excessivement épaisse; on percevra en même temps de la fluctuation. A l'examen par le rectum, on sent, au devant de cet organe, une poche distendue, en apparence remplie par du liquide, et pouvant être suivie jusqu'au rebord du bassin.

Tout naturellement, le degré de distension varie en haut et en bas, suivant la quantité de sang menstruel retenu. J'ai vu la tumeur être aussi volumineuse qu'un utérus au sixième mois de la grossesse.

Quelle est ou quelle pourrait être la terminaison naturelle d'un état semblable, si les choses étaient abandonnées à elles-mêmes? Il est difficile de le dire.

Dans un cas de Stedman (2), les règles paraissent s'être échappées par l'urèthre.

Dans une observation de Jackson (3), la terminaison fut la même: l'occlusion avait été découverte par la malade sept ans auparavant, mais on n'avait rien fait pour la guérir. Elle mourut subitement d'une autre maladie; et, bien que la distension de l'utérus, des trompes de Fallope et du vagin eût été très-grande, que le sang se fût accumulé pendant plus de sept ans, probablement pendant dix, les tissus ne s'étaient rompus nulle part.

Je n'ai pas vu un seul exemple de rupture de l'utérus ni un seul cas dans lequel le liquide se fût ouvert une voie à travers les autres organes.

(1) Wormald, *Medical Times and Gaz.*, 11 décembre 1852, p. 592.

(2) Stedman, *Edinburgh medic. and surg. Journal*, vol. XXXVII, p. 26.

(3) Jackson, *Americ. Journal of medic. science*, juillet 1850.

Marchand (1) a rapporté le fait d'une personne qu'il opéra et qui perdit trois pintes de sang menstruel. La malade alla très-bien jusqu'au cinquième jour; elle fut alors prise de péritonite et mourut le neuvième jour. A l'autopsie, on trouva les trompes de Fallope remplies d'un sang noir jusqu'à leur extrémité ovarienne; il y avait même quelques gouttes de sang dans le péritoine, ce qui fit admettre par Marchand que cet épanchement de sang avait été la cause de la péritonite. Il peut en avoir été ainsi: mais il est assez curieux d'observer que cet épanchement n'eut lieu qu'après que la distension eut cessé, et l'on ne doit pas oublier que, dans ces cas, en dehors de toute effusion de sang, il y a toujours une tendance à la péritonite. On comprend facilement la possibilité d'un pareil accident, aussi bien que l'état d'épuisement dans lequel tombent les malades par suite de la douleur et de la fièvre. On ne doit donc pas abandonner la maladie à elle-même, surtout quand le remède à apporter est simple et sans danger.

Humphrey (2), après avoir établi que les ouvertures naturelles, la bouche, le nez, les yeux sont fermés à une période peu avancée de la vie embryonnaire et s'ouvrent plus tard par un effet d'absorption, ajoute: « Le mode de formation du cloaque à l'extrémité inférieure du fœtus étant le même que celui de la bouche, il semble raisonnable d'admettre qu'à une période de développement plus avancée, une fois le périnée formé, le vagin se trouve, comme la bouche, le nez, les yeux, fermé par une membrane rudimentaire; que, plus tard, cette membrane s'écarte pour former la structure propre des lèvres et constituer l'ouverture naturelle. La persistance de cette membrane, qui est l'atrésie du vagin, répond à ce que l'on voit souvent chez les jeunes enfants et exceptionnellement chez les adultes. En règle générale, il semble que la rupture de cette membrane se fait de haut en bas; car, chez les jeunes enfants dont le vagin est oblitéré, il reste généralement un orifice à la partie supérieure, tout près de l'ouverture de l'urèthre; une sonde cannelée peut être facilement introduite dans cet orifice, et comme la membrane est toujours mince et molle, il suffit d'une pression légère pour la déchirer et remettre toutes les parties dans leur état normal.

§ II. — Traitement.

Sabatier, Dupuytren (3), Capuron (4), se sont prononcés contre l'opération, dans les cas où l'imperforation du vagin était compliquée de l'oblitération du l'utérus. Ils se sont appuyés sur le fait que toute opération pour perforer le col de la matrice était presque fatalement suivie d'une

(1) Marchand, *Archives générales de médecine*, juillet 1851.

(2) Humphrey, *Prov. medical and surg. Journal*, 11 décembre 1850.

(3) Dupuytren, *Leçons orales de Clinique chirurgicale*. Paris, 1839.

(4) Capuron, *Traité des maladies des femmes*, 1817.

métrite mortelle. De Haen, et Paget, de Leicester (1), ont également cité des exemples d'imperforation utérine opérée, et rapidement suivis de mort. Dans le cas de Paget, la malade mourut quarante heures après l'opération. La cause de la péritonite paraît avoir été un épanchement de sang dans le ventre, à travers les trompes de Fallope ulcérées. Maintenant il est difficile de décider si l'utérus est imperforé ou non, dans les cas où le vagin est lui-même fermé. Il faut d'abord une première opération, et il n'est pas logique que la crainte tout hypothétique d'une anomalie empêche une opération qui sera certainement utile. D'ailleurs, l'expérience a prouvé, et nous le verrons plus loin, que les opérations sur le col de l'utérus ne sont pas forcément, ne sont même pas souvent mortelles. Nous poserons donc comme conclusion que, dans le cas d'imperforation vaginale, le devoir du chirurgien est bien tracé: il doit faire disparaître l'obstacle pour donner issue au sang des règles.

La malade sera placée sur le dos, les cuisses fortement relevées et écartées, et les lèvres maintenues entr'ouvertes par un aide. Si la membrane est de peu d'épaisseur, on plonge un bistouri pointu à la partie supérieure, au-dessous de l'urèthre, on le porte de haut en bas, de manière à faire une ouverture assez large; elle se resserrera toujours suffisamment par la suite.

Si la cloison est plus épaisse, il faut procéder avec plus de précaution: inciser couche par couche, en se servant du doigt comme conducteur, jusqu'à ce qu'on ait franchi tout obstacle et qu'on soit arrivé sur la collection ou sur le col utérin. Plus l'incision est grande, et plus les précautions doivent être grandes pour inciser toujours en ligne droite et ne blesser ni l'urèthre, ni la vessie ni le rectum. Une sonde dans la vessie et un doigt dans le rectum seront les meilleurs conducteurs; avec le doigt, on pourra aussi agrandir l'incision, de manière à faire artificiellement un large vagin.

Quelques auteurs ont conseillé une incision cruciale ou en étoile. Baker-Brown (2) conseille d'enlever entièrement l'hymen, afin de mieux empêcher les contractions et les adhésions. De cette manière, l'opération est plus ennuyeuse et plus douloureuse; il faut nécessairement du chloroforme; mais, malgré-tout, si l'hymen est dur et anormalement épais, l'opération est indiquée. Baker-Brown cite deux cas de guérison. Une fois l'obstacle enlevé, il s'écoule un liquide épais, visqueux, d'un brun rougeâtre, sans aucune odeur, et ayant au microscope comme à l'analyse chimique tous les caractères du sang des menstrues. Le liquide qui s'écoula dans le cas de Wormald, examiné au microscope, fut reconnu pour être formé de desquamations épithéliales et de globules sanguins altérés.

(1) Paget, *British medic. Journal*, 23 juillet 1859.

(2) Baker-Brown, *Surgical diseases of women*, p. 139.