

tures postérieures et cachées du canal, pour ressortir par ses ouvertures apparentes.

« Il paraît, enfin, que la personne soumise à l'examen de la Société est une femme : on découvre, en effet, chez elle plusieurs des organes essentiels du sexe féminin (un utérus, un vagin), tandis qu'elle n'a du sexe masculin que des caractères secondaires, comme la proportion du tronc et des membres, celle des épaules et du bassin, la conformation et les dimensions de cette cavité, le volume du larynx, le ton de la voix, le développement des poils, l'urèthre prolongé au delà de la symphyse, des pubis, etc. »

[[Je placerai ici un portrait de Marie-Madeleine Lefort que je dois à l'obligeance de mon excellent maître le docteur Gallard (fig. 44).

Ce portrait qui a appartenu à Alibert a été envoyé à M. Gallard par le docteur Bras, de Villefranche (Aveyron).

Marie-Madeleine Lefort était alors âgée de seize ans.]]

La personne qui fait le sujet de l'observation ci-dessus est entrée le 20 août 1864, dans le service d'Horteloup, à l'Hôtel-Dieu, pour une pleurésie chronique. Elle est âgée de soixante-cinq ans (fig. 45), et est née à Paris, rue de Beauvais, 21 ; elle exerça la profession de saltimbanque. Elle nous raconte que, dès son extrême enfance, elle a été considérée comme étant du sexe féminin. Régliée, nous dit-elle, à l'âge de huit ans, elle n'a été visitée par des médecins qu'à quinze ou seize ans. Elle a continué à être régulièrement réglée jusqu'en 1848, époque à laquelle le flux menstruel a été complètement supprimé. Elle nous dit que, lorsqu'elle était jeune, elle éprouvait du penchant pour le sexe masculin ; elle nous avoue même avoir eu des rapports avec un ouvrier cordonnier ; mais ces rapports, paraît-il, se bornaient à de simples attouchements.

Nous devons dire ici que, malgré tous ces aveux et malgré surtout l'opinion formulée par Béclard, Marie-Madeleine Lefort a été considérée par la plupart des chirurgiens et médecins des hôpitaux qui l'ont examinée comme appartenant au sexe masculin. On pensait généralement qu'il y avait chez cette personne un arrêt de développement du pénis, avec un hypospadias plus ou moins compliqué, et une cryptorchidie.

L'autopsie pratiquée le 12 novembre 1864, environ trente-six heures après la mort, est venue confirmer d'une façon éclatante l'avis de Béclard, et prouver une fois de plus la sagacité de ce grand observateur.

La description que Béclard en a donnée et que nous avons rapportée plus haut, étant d'une rigoureuse exactitude, nous nous bornons à faire connaître les résultats de l'autopsie, qui serviront à compléter la relation de Béclard.

Aspect extérieur du cadavre. — Le sujet présente un certain embonpoint, exagéré par un œdème généralisé. La tête est assez chauve, la face est cyanosée, les yeux saillants, la barbe grise et très-développée ; elle atteint de chaque côté du menton une longueur de 35 centimètres. A ne considérer que la tête, on aurait certainement cru avoir affaire à un homme. Le thorax est ornementalement développé ; la partie antérieure de la poitrine est couverte de poils

nombreux et grisonnants, comme ceux du visage. Les mamelles présentent un volume assez considérable et sont pendantes comme celles d'une vieille femme. Le ventre est assez volumineux et présente quelques éraillures. Les membres supérieurs sont grêles, courts, les mains très-petites. Les membres inférieurs, garnis de poils nombreux, sont également courts ; les pieds sont très-petits.

Examen interne. — La cavité encéphalique n'a pas été ouverte. Le larynx n'a présenté rien de remarquable ; lorsqu'on a voulu mesurer ses dimensions, il s'est trouvé égaré.

La cavité thoracique contient une assez grande quantité de liquide séropurulent ; on remarque une légère injection des lèvres et quelques fausses membranes. Les poumons présentent des granulations tuberculeuses. Le cœur est volumineux et contient des caillots sanguins, les valvules sont saines.

La cavité abdominale contient également une grande quantité de sérosité ; le foie est petit, atteint de cirrhose ; un calcul biliaire, du volume d'un œuf de

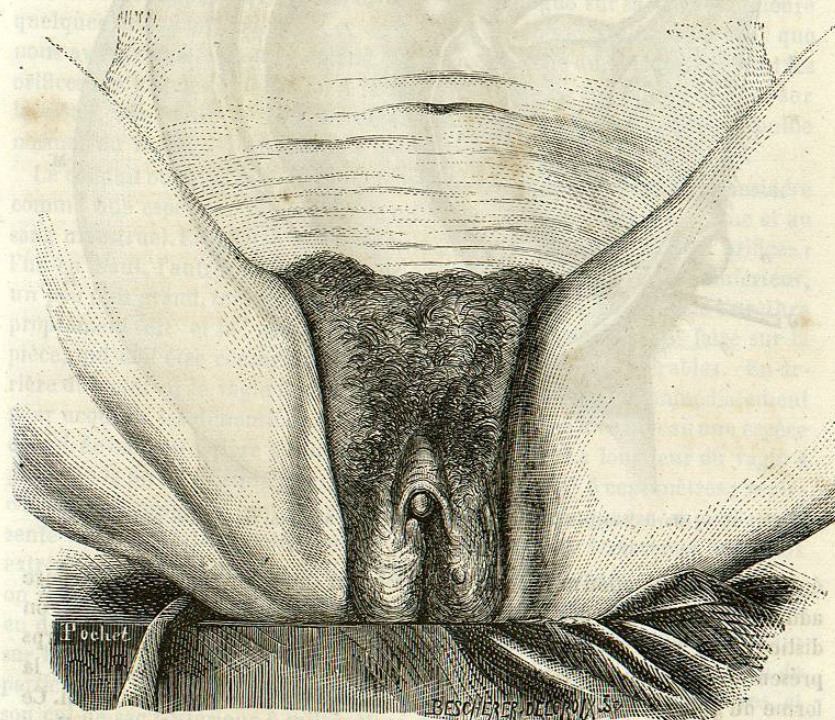


Fig. 46. — Marie Madeleine Lefort. — Aspect extérieur des organes génitaux.

pigeon, est logé dans la vésicule. Rien de particulier à noter du côté du tube intestinal et de la rate. Les reins ne présentent non plus aucune lésion appréciable. Au devant de la capsule surrénale gauche, on trouve une tumeur du volume du poing, jaunâtre et ferme à la coupe. L'examen microscopique, fait par mon excellent collègue M. Chaillou, a démontré qu'elle était formée de

tissu fibreux et d'un nombre considérable de globules graisseux. Les dimensions du bassin, constatées à l'autopsie, ont été les suivantes : distance des épines iliaques antéro-supérieures, 21 centimètres $\frac{1}{2}$; distance de la symphyse pubienne à l'angle sacro-vertébral, 11 centimètres; diamètre transversal du bassin, 13 centimètres.

Organes génitaux (fig. 46 et 47). — La peau qui recouvre le pubis est garnie de poils assez nombreux, bruns et raides. Au-dessous, on trouve deux grandes lèvres qui mesurent 10 centimètres $\frac{1}{2}$ de longueur; elles sont assez

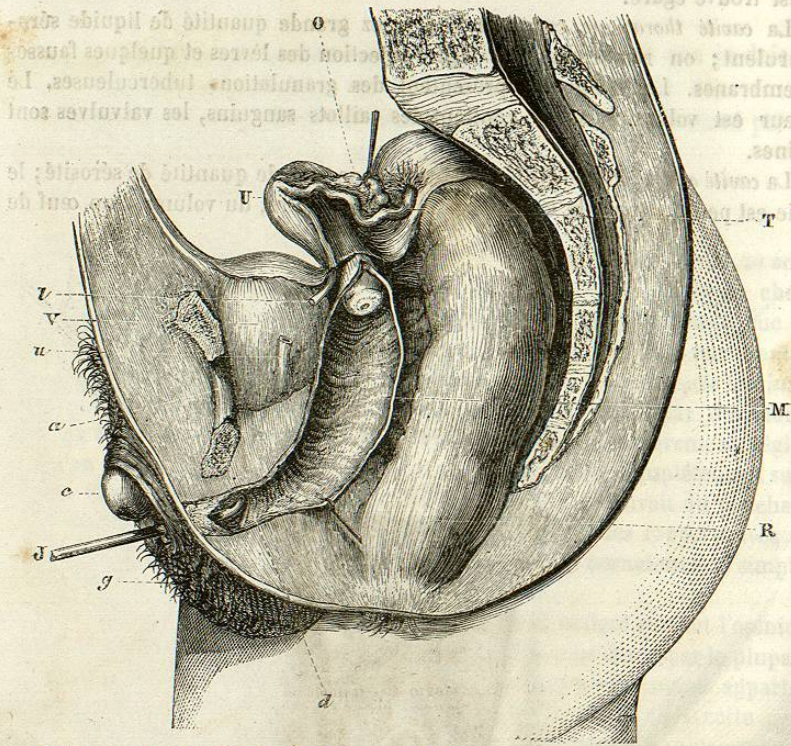


Fig. 47. — Marie-Madeleine Lefort. — Coupe du bassin montrant les organes génitaux (*).

épaisses, et la palpation ne fait reconnaître à leur intérieur rien qui puisse faire admettre la présence des testicules. Au milieu de l'espace qui les sépare, on distingue en haut un corps volumineux, long de 4 centimètres $\frac{1}{2}$; ce corps présente à sa partie antérieure une saillie arrondie, rappelant tout à fait la forme du gland d'un pénis et présentant une petite couronne comme lui. Ce gland mesure 15 millimètres de hauteur et 13 millimètres de largeur; il est imperforé et présente une petite rigole à sa partie inférieure; il est recouvert par deux petites lèvres, qui se réunissent à la partie supérieure et lui forment une enveloppe analogue au prépuce. Au-dessous de ce gland on voit une petite ouverture ovale, qui donnait issue à l'urine et au sang menstruel. La partie

(*) J, sonde passant par l'ouverture principale au-dessous du clitoris; M, vagin; O, ovaires; T, trompe; U, utérus; l, ligament rond; V, vessie; u, uretère; a, orifice de l'urètre; R, rectum; g, grandes lèvres.

supérieure de cette ouverture présente, sur la ligne médiane, un petit sillon qui continue celui que nous avons signalé à la partie inférieure du gland; on y remarque cinq petits trous à peine visibles, et disposés d'avant en arrière. Un stylet très-fin, introduit par ces petits orifices, nous fait voir que ce sont les orifices de culs-de-sac analogues à ceux qu'on rencontre sous la muqueuse uréthrale. Il n'est donc pas probable qu'une partie de l'urine sortit par ces orifices, ainsi que le prétendait Marie-Madeleine Lefort. Le bord inférieur de l'ouverture principale est mince et tranchant; les deux lignes qui le circonscrivent vont se continuer avec les petites lèvres qui enveloppent le gland. Le reste de l'espace qui sépare les grandes lèvres est entièrement fermé par une membrane qui réunit l'une à l'autre leur face interne, et dont l'épaisseur avait été évaluée par Béclard à deux fois l'épaisseur de la peau.

La dissection a montré que l'ouverture principale, placée au-dessous du gland, conduit dans un canal membraneux long de 6 centimètres et présentant une circonférence de 2 centimètres. La muqueuse qui revêt ce canal, qu'on peut appeler cloaque ou canal commun, est lisse, blanchâtre, et ressemble sous tous les rapports à celle de l'urètre. On distingue sur sa face supérieure quelques stries longitudinales, et de petits culs-de-sac analogues à ceux que nous avons signalés entre le gland et l'orifice externe du cloaque: ce sont les orifices des glandes mucipares. A la face externe de ce conduit on trouve, sur les côtés, une masse spongieuse de 4 millimètres d'épaisseur, c'est le bulbe normal du vagin.

Le conduit ou canal commun que nous venons de décrire peut être considéré comme une espèce de cloaque donnant issue en même temps à l'urine et au sang menstruel. En effet, à son extrémité postérieure on trouve deux orifices: l'un en haut, l'autre en bas; le supérieur conduit dans la vessie, l'inférieur, un peu plus grand, représente l'orifice externe du vagin. Le canal de l'urètre proprement dit et la vessie n'ont pas été ouverts pour ne pas faire sur la pièce, qui doit être conservée, des délabrements trop considérables. En arrière du point où le vagin s'ouvre dans le cloaque, il s'élargit immédiatement pour acquérir ses dimensions normales; il forme même à ce niveau une espèce de cul-de-sac, en arrière et au-dessous de son orifice. La longueur du vagin à partir de la fin du cloaque jusqu'au col de l'utérus est de 6 centimètres; sa circonférence mesure 7 centimètres 4 millimètres. La muqueuse vaginale présente une coloration rosée; on y distingue les plis transverses normaux extrêmement marqués. A la partie antérieure et supérieure du conduit vaginal, on remarque de petits tubercules réunis en forme de triangle qui se prolonge en donnant naissance à la colonne antérieure du vagin. L'insertion du vagin sur le col de l'utérus se fait comme à l'état normal et ne présente rien de particulier à noter. Le cul-de-sac antérieur du vagin mesure 5 millimètres, et son cul-de-sac postérieur 6 millimètres. Le col utérin est plat et présente une largeur de 2 centimètres; l'épaisseur de ses parois est de 1 centimètre; son orifice est circulaire et laisse facilement pénétrer dans la cavité utérine une sonde d'un calibre moyen. La profondeur de l'utérus ainsi mesuré est de 5 centimètres 1 millimètre. Le corps de l'utérus est très-développé; il présente quelques adhérences dans les culs-de-sacs antérieur et postérieur, et un petit corps fibreux vers la partie moyenne et un peu latérale de son bord supérieur; on sent deux autres petits corps fibreux dans l'épaisseur de la paroi antérieure.

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 Dacognna, 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 boutonné. 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 dîner. 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 manifesta aucune douleur dans le ventre. La région hypogastrique s'est affaissée. 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 demandé 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 manifesta 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...