

## **De l'atrésie des voies génitales de la femme / par Albert Puech.**

### **Contributors**

Puech, Albert, 1833-1895.  
Royal College of Surgeons of England

### **Publication/Creation**

Paris : F. Savy, 1864.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/u8vatnhq>

### **Provider**

Royal College of Surgeons

### **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

6

DE L'ATTESTE

DES



**PUBLICATIONS DE L'AUTEUR**

---

**DE L'HEMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE**

**Paris, 1861. Grand in-8. — Prix : 1 fr. 50**

MÉMOIRE COURONNÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE BRUXELLES

**DE L'HEMATOCÈLE PÉRI-UTERINE**

ET DE SES SOURCES

**Montpellier, 1858. 1 vol. in-8. — Prix : 3 fr.**

**DE L'APOPLEXIE DES OVAIRES**

**Montpellier, 1858. Broch. in-8. — Prix : 1 fr.**

**ÉTUDE SUR UN MONSTRE DOUBLE**

COMPLIQUÉ DE DEUX AUTRES MONSTRUOSITÉS

**Montpellier, 1856. In-8. — Prix : 1 fr.**

6

# DE L'ATRÉSIE

DES

# VOIES GÉNITALES

DE LA FEMME

PAR

**LE D<sup>R</sup> ALBERT PUECH**

ANCIEN CHIRURGIEN CHEF INTERNE DES HOPITAUX CIVILS DE TOULON  
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES  
ET DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE BORDEAUX  
MEMBRE CORRESPONDANT DESDITES SOCIÉTÉS, DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CONSTANTINOPLE  
ET DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET DES BELLES-LETTRES DE MONTPELLIER



<sup>c</sup> PARIS

**F. SAVY, LIBRAIRE-ÉDITEUR**

24, RUE HAUTEFEUILLE

—  
1864

Tous droits réservés.

Digitized by the Internet Archive  
in 2016

<https://archive.org/details/b22289732>



# DE L'ATRÉSIE

## DES VOIES GÉNITALES DE LA FEMME

---

L'étude que je sou mets à l'Académie est le fruit de cinq années de méditations et de recherches. Il n'a pas fallu moins pour consulter soigneusement les auteurs qui m'avaient précédé, et surtout pour recueillir les observations sur lesquelles je me suis appuyé. Cette dernière partie de mon travail n'a pas été la moins longue et la moins difficile. J'ai dû puiser aux sources les plus diverses, recourir aux documents les plus épars, si bien qu'en maintes circonstances j'ai pu considérer comme de véritables découvertes quelques-uns des faits consignés dans ce travail. Bien que j'aie réuni plus de trois cents observations, j'en aurais présenté sans doute un plus grand nombre si je n'eusse été plus d'une fois arrêté par des obstacles matériels à peu près insurmontables : c'était, tantôt une indication bibliographique dont je n'ai pu, malgré tous mes efforts, retrouver l'original ; tantôt un recueil étranger<sup>1</sup> qu'il m'a été impossible de me procurer ; de sorte que, à mon grand regret, j'ai dû négliger des faits intéressants à connaître et utiles à apprécier.

Malgré ces lacunes inévitables, je n'en ai pas moins voulu traiter la matière à fond, et j'ai cherché à ne laisser dans l'ombre aucune des difficultés

---

<sup>1</sup> M. le docteur R. Gordon me permettra de le remercier ici de son exquise obligeance. Sa connaissance approfondie des langues vivantes a singulièrement facilité mon travail.



qu'elle pouvait faire naître. J'y étais d'autant plus sollicité que personne avant moi n'avait approfondi le sujet avec les détails et le soin qu'il exige, les uns s'étant bornés à rapporter les cas qu'ils avaient observés, les autres n'ayant fait que résumer en quelques pages des notions incomplètes. Et cependant, parmi les questions que soulève la pathologie de la femme, celle des atrésies des voies génitales est une des plus importantes. Elle ne se distingue pas seulement par les dangers qu'elle fait encourir, par les difficultés qu'on éprouve à déterminer le diagnostic, à instituer le traitement ; elle intéresse encore la famille et, par la famille, l'espèce humaine tout entière. J'ai traité la matière à ces divers points de vue. L'Académie jugera si l'œuvre que je lui présente est digne de ses suffrages et si elle répond au but que je me suis proposé <sup>1</sup>.

## CHAPITRE PREMIER

### Définitions. — Synonymie. — Historique.

On dit qu'il y a *atrésie* toutes les fois qu'un orifice ou un canal est complètement fermé. C'est là, du reste, le sens littéral de ce mot dérivé du grec. Il signifie *sans trou, absence de trou* (α privatif et τρῆσις trou).

On emploie encore dans les mêmes circonstances d'autres termes tirés du latin, mais on a tort de les regarder comme synonymes; ils expriment la même chose avec une notion de plus : ainsi, le mot *imperforation* indique une origine congénitale, tandis que les mots *oblitération* et *occlusion* entraînent l'idée d'une cause éventuelle. Ce sont là des nuances qui méritent d'être conservées.

Quelque intéressante qu'en soit l'étude, je n'examinerai pas les atrésies dans leurs divers sièges ; je me bornerai aux atrésies des voies génitales de la femme.

---

<sup>1</sup> Depuis que ce travail est sur le chantier, divers fragments en ont été publiés : *Académie des sciences*, 22 mars 1858 ; — *Gazette des hôpitaux*, 7 avril 1859 ; — *Montpellier médical*, décembre 1860 : *Du traitement des occlusions du vagin* ; — *Gazette des hôpitaux*, 1861, pag. 277 : *Document rétrospectif* ; — *Académie des sciences*, 1861, 2 décembre.



Contrairement à ce que la plupart ont fait, je ne m'occuperai pas des *rétrécissements*, des *angusties*, de ce qu'on a improprement appelé les oblitérations incomplètes ; je réserve pour un prochain mémoire les documents que j'ai rassemblés à ce sujet.

*Historique.* — Avant d'aborder la description des atrésies, il n'est pas sans intérêt comme sans utilité de signaler les auteurs qui m'ont précédé dans cette voie. Si pour certains on peut se borner à consigner leur nom dans l'Index bibliographique qui termine ce travail, il en est d'autres qui ont droit à une mention détaillée.

En maints endroits des maladies des femmes, Hippocrate parle de *matrice bouchée*, de col fermé ; il entend par là diverses choses ; mais dans un passage, il n'est point douteux qu'il s'agisse d'un cas d'atrésie : « Après l'accouchement, les parties génitales se ferment par quelques adhérences ; j'ai vu cela aussi survenir lorsque l'orifice des parties s'ulcère. Phrontis éprouva ce qu'éprouvent les femmes chez qui la purgation lochiale ne se fait pas ; de plus, elle eut de la douleur dans les parties, et, touchant, elle reconnut qu'il y avait obturation ; elle le dit, et traitée elle eut ses lochies, guérit et resta féconde. »

Le génie encyclopédique des temps anciens, Aristote, fournit des notions autrement précises. Dans les paragraphes qui suivent, il indique leur origine accidentelle et congéniale, la possibilité et l'impossibilité de la cure, les accidents qui résultent de la venue des menstrues. « *Sunt fæminæ nonnullæ, quibus a principio sui ortus, oræ modo quodam coaluere, alias propter cujuspiam morbi vim ita evenit. Qui nonnullis sane medicabilis est, in aliis non item.* (DE HISTORIA ANIMALIUM, LIB. X, TEXTE 35.) Voici l'autre passage : « *Fæminis nonnullis os uteri compressum concorporatumque ab ineunte ætate ad tempus usque menstruorum perseveravit; mox urgentibus menstruis, doloreque infestante, aliis sponte disruptum est, aliis dissectum a medicis, nonnullæ interierunt, cum aut per vim disrumperetur aut disrumpi non posset.* » (DE GENERATIONE ANIMALIUM, LIB. IV, CAP. 4, PAG. 84 au verso.)

Celse a consacré un chapitre à cet accident. S'il n'entre dans aucuns détails sur les symptômes, il est plus explicite qu'on ne l'avait été jusqu'à lui sur les moyens à y opposer. Il conseille une incision en forme de X et fait ensuite



l'excision de la membrane. Pour le pansement, il recommande une espèce de tente; plus tard il lui substitue un conduit en plomb (*fistulam plumbeam*).

« Un présage malheureux pour les femmes, c'est de naître les parties sexuelles fermées. Cornélie, ajoute Pline, la mère des Gracques, en est un exemple. »

Aëtius (d'Amide) consacre aux atrésies un long paragraphe; il en distingue trois espèces suivant que l'obstacle siège : 1° *in ipsius pudendi alis sive labiis*; 2° *in ipso pudendi sinu*; 3° *circa ipsum uteri osculum*. Il décrit pour chacune de ces espèces les moyens de les combattre, et entre à ce sujet dans des détails minutieux. Néanmoins, sa description n'autorise pas à croire qu'il ait pratiqué ces diverses opérations. On peut faire la même remarque en ce qui concerne Paul d'Égine; quoique postérieur à Aëtius, cet auteur n'apporte aucune notion nouvelle.

Tel était le bilan de la question lorsque la science se réfugia chez les médecins arabes, et tel il resta entre leurs mains; on doit cependant en excepter Avicenne. En termes vagues mais suffisamment explicites, il distingue les atrésies suivant qu'elles mettent obstacle aux menstrues ou bien à l'enfant. Pour les détruire il n'y a d'autre moyen que le fer; mais dans quelques cas cependant il enveloppe le doigt de linge et tend les lèvres jusqu'à ce qu'elles se rompent. Ne peut-on voir là l'idée du décollement, qu'Amussat a depuis mise en pratique? Quant à l'opération avec l'instrument tranchant, il recommande d'agir petit à petit, crainte de léser le col de la vessie ou de l'utérus. J'ai peu de chose à dire des médecins arabistes: sur ce point comme sur bien d'autres, ils sont les humbles copistes de leurs devanciers. Les plus illustres d'entre eux, Lanfranc et Guy de Chauliac, n'ont écrit rien d'original sur cette matière; il n'y a pas une idée, pas un mot qui leur appartiennent en propre. Il ne faut pas s'en étonner, on est encore au moyen âge.

Avec la découverte de l'imprimerie, avec la vulgarisation des œuvres des anciens, une impulsion nouvelle fut donnée à la science: quelques hommes rompirent avec les traditions régnantes et engagèrent la médecine dans une voie féconde en découvertes, en racontant ce qu'ils avaient observé. Le sujet qui nous occupe ne tarda pas à en recueillir les bénéfices, et à la fin du xv<sup>e</sup> siècle Beniveni, dans un ouvrage remarquable à bien des titres, con-



signa la première observation d'hymen imperforé. Au xvi<sup>e</sup> siècle, Wier, Fabrice d'Aquapendente, Cabrol et Félix Plater, l'imitèrent en insérant dans leurs œuvres des faits que Jean Schenck devait colliger quelques années plus tard. Bien qu'elles soient une œuvre de compilation, les *Observationes medicæ rariores* ont du bon, et il est à regretter qu'elles n'aient pas été plus souvent consultées. En n'en tenant nul compte, Mercurialis, Hucher, Varandé, Ranchin, etc., se condamnèrent à des répétitions mutuelles, à des paraphrases stériles. Heureusement leur silence n'empêcha pas les faits de se multiplier ; heureusement l'observation continua à avoir des sectateurs. Bauhin, Ruysch et Bartholin apportèrent un contingent que les chirurgiens, mais surtout les accoucheurs, devaient accroître : citons avec reconnaissance Dalechamps, Guillemeau, Fabrice de Hilden, Amand, Mauriceau et surtout Roonhuysen.

Avec ces matériaux on eût dû trouver des historiens, et pourtant, soit indifférence, soit absence de recherches, ils font encore défaut. Ces faits si précis sont regardés comme non avenus ; les descriptions restent aussi décolorées que par le passé et pour le moins aussi laconiques : cinq lignes suffisent à Verduc et quinze au chirurgien-accoucheur Dionis, et encore faut-il y comprendre l'inévitable histoire de cette servante que tous les écoliers d'une pension furent impuissants à dépuceler.

Je le constate avec regret, cet état n'eut un terme qu'avec le milieu du xviii<sup>e</sup> siècle, et c'est à Heister que revient l'honneur de l'initiative. Au lieu d'imiter ses prédécesseurs, il réunit des faits et écrit en quelque sorte sous leur dictée les deux chapitres qu'il consacre à cette affection. Sans doute ils ne sont pas irréprochables, sans doute ils sont un peu courts ; mais, comparés à ceux que les classiques <sup>1</sup> avaient jusqu'alors commis, ce sont de véritables chefs-d'œuvre. Dans son *Traité des maladies des femmes*, Astruc s'en occupe plus longuement encore ; mais, faute de critique, les rétrécissements y sont confondus avec les atrésies et des cas disparates rapprochés. Plus tard, Chambon, Lassus, Pelletan et une foule d'autres en ont parlé ; mais

---

<sup>1</sup> Faute d'une autre expression, j'ai dû employer celle-ci : elle signifie auteurs d'ouvrage traitant de la généralité de la science.



tous ont été surpassés par Boyer, dont la méthode et la clarté ne peuvent qu'être imitées.

Depuis, la question a été reprise et traitée avec plus ou moins d'étendue, mais avec une sobriété de recherches vraiment regrettable. Dans une matière où l'expérience personnelle est forcément restreinte, où les conclusions ne peuvent avoir force de loi que lorsqu'elles sont basées sur un nombre considérable de faits, on s'est jusqu'à présent trop contenté des enseignements fournis par une érudition facile à acquérir. On a cru avoir tout dit et rempli suffisamment sa tâche lorsqu'on a eu réuni une vingtaine de faits. Si c'est là un procédé commode, ce n'est point par de tels moyens qu'on emporte les convictions, qu'on donne droit de domicile à des opérations délicates et éminemment dangereuses.

Néanmoins, si notre époque a été dédaigneuse des recherches bibliographiques, elle n'a point fait fi des matériaux qui lui tombaient sous la main ; elle les a enregistrés dans la presse, leur donnant ainsi une publicité que le livre ne saurait avoir, et, à défaut des notions absentes dans les ouvrages classiques, elle a su réaliser, au point de vue opératoire, de notables progrès. Les cas réputés inopérables ont été attaqués avec succès, et la hardiesse chirurgicale est arrivée à ses dernières limites. Plusieurs noms ont concouru à ce résultat, mais deux se distinguent entre tous, ce sont ceux de Amussat et de M. Debrou. En créant de toutes pièces un vagin, en constituant un canal cervico-utérin, en montrant la possibilité de l'accouchement, ils ont bien mérité de la science et de l'humanité.

## CHAPITRE II

### Du siège des atrésies.

Bien que la conformation des parties y invitât, l'exemple d'Aétius (d'Amide) n'eut pas d'imitateurs, et la distinction des atrésies d'après leur siège resta pendant longtemps à l'état de lettre-morte. Ce fut seulement au <sup>xvii</sup><sup>e</sup> siècle que Daniel Sennert fit revivre à peu près dans les mêmes termes les divisions établies. Pourtant, dans l'intervalle, Jean Hucher, professeur à



L'École de Montpellier, avait fait une tentative en consacrant deux chapitres à leur étude ; le premier a pour titre : *De obturatione colli uterini*, et le second : *De cervicis pudendi clausura*. A notre tour, nous distinguerons les atrésies suivant qu'elles siègent à la vulve, au vagin et au col, sauf à ajouter des subdivisions pour embrasser toutes les variétés dont la matière est susceptible.

### I. VULVE.

On distingue trois espèces : *A* l'adhérence des grandes lèvres, *B* l'adhérence des petites, et *C* l'atrésie hyménéale.

*A. Adhérence des grandes lèvres.* — Cette espèce est toujours d'origine accidentelle, et lorsqu'on se reporte au mode de formation de ces organes, on a peine à comprendre qu'on ait pu penser le contraire. Les faits recueillis par MM. Cazeaux et Hulin n'ont point la signification qu'on leur a donnée ; ce ne sont pas des arrêts de développement, mais bien les suites d'une maladie intra-utérine <sup>1</sup>.

L'âcreté des urines, le défaut de propreté en sont les causes ordinaires<sup>2</sup> ; la pellicule mince et blanchâtre qui en résulte peut céder spontanément par la marche, les mouvements des membres, ou bien nécessiter des tractions en sens inverse<sup>3</sup>. La simplicité de ce moyen, sa complète innocuité en autorisent l'emploi immédiat ; en évacuant les amas épidermiques, en facilitant la miction, on prévient les vulvites, les ulcères, aggravations possibles de cet état.

Les adhérences consécutives aux attentats à la pudeur, aux brûlures mal soignées, à la petite vérole, à la pratique barbare de certaines peuplades de l'Éthiopie<sup>4</sup>, etc., réclament le bistouri. L'opération, variable suivant les cas, veut de grands soins pour prévenir la récurrence.

---

<sup>1</sup> *Gazette des hôpitaux*, 1856, pag. 298, et 1857, pag. 12.

<sup>2</sup> Nicolas Pechlin, dont l'observation est rapportée dans la *Bibliotheca chirurgica Mangeti*, a vu une pellicule semblable se former à l'époque des règles.

<sup>3</sup> Amussat (*Gazette médicale*, 1835, pag. 785), De Lens (*Revue médicale*, 1835, tom. II, pag. 287) ont employé ce procédé. J'y ai recouru avec succès chez une fille de six mois ; elle poussa un petit cri, et la muqueuse se couvrit d'une rosée sanguine.

<sup>4</sup> Roderic à Castro, Gaspard Bauhin rapportent qu'on assure ainsi la virginité. Au jour des nocés, le mari serait chargé de la section.



Quelle que soit sa provenance<sup>1</sup>, cette lésion n'intercepte jamais le cours des menstrues; l'observation suivante, qui signale une exception, est sûrement incomplète.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Une femme de 24 ans, surprise en 1814 dans la forêt de Fontainebleau, fut contrainte par la force de souffrir les caresses brutales de plusieurs Cosaques.

A la suite, les règles se supprimèrent. Les saignées, les sangsues furent impuissantes à les rappeler. Après un examen attentif, Dupuytren débrida l'adhérence des grandes lèvres. Un sang noir, putréfié, infect, sortit en grande quantité; le ventre diminua; l'écoulement de sanguinolent devint puriforme, puis muqueux, et finalement la guérison eut lieu<sup>2</sup>.

La miction est la fonction essentiellement troublée; les urines sont rendues goutte à goutte ou jaillissent fort avant, après être remontées vers l'abdomen<sup>3</sup>. Cet état favorise encore la formation des graviers: dans un cas, ils étaient en si grand nombre que le bistouri en fut émoussé<sup>4</sup>. Lorsque le méat est bouché, la vie est en péril, et faute d'y porter remède on a vu l'enfant succomber<sup>5</sup>.

B. *Adhérence des petites lèvres.* — L'adhérence des petites lèvres est, elle aussi, toujours accidentelle; elle a les mêmes causes que l'espèce précédente et s'observe à tout âge, mais surtout dans l'enfance, à la suite d'une affection analogue à la balanite des petits garçons.

Encore ici il n'y a d'autre trouble que celui de l'excrétion des urines; en frappant contre la paroi postérieure des lèvres réunies, le jet se brise et perd de sa force. En général indolore, cet état est parfois l'occasion de douleurs intolérables; dans un cas, on crut même sur cet indice à l'existence d'une pierre<sup>6</sup>; dans un autre, la vessie était grosse comme une boule, l'enfant

---

<sup>1</sup> *La Lancette française*, 1832, n° 32.

<sup>2</sup> Doneaud; *Journal de médecine*, 1772, tom. XXXVII, pag. 121. — De La Motte; *Traité complet de chirurgie*; Paris, 1732, tom. IV, pag. 104. — Dassier; *Revue médicale*, 1856, tom. II, pag. 735.

<sup>3</sup> Molmy; *Journal de médecine*, 1773, tom. XXXIX, pag. 178.

<sup>4</sup> Ashwel; *Practical treatise of the disease peculiar to women*. London, 1848, cité par Scanzoni, pag. 473.

<sup>5</sup> Schultzius; *Éphémérides des curieux de la nature*, decur. 1, ann. 3, obs. 3, pag. 5.



n'avait pas uriné depuis cinq jours, lorsque Horne incisa la membrane et dégagea le mieux qu'il put l'urètre de l'espèce de suif qui l'obturait <sup>1</sup>.

Qu'il y ait ou non douleur, on doit avoir hâte d'y remédier par des tractions en sens inverse, par la dilatation, comme l'ont fait en d'autres temps une sage-femme, une mère, une nourrice <sup>2</sup>; ou bien encore, si ces moyens ont échoué ou n'ont aucune chance d'aboutir, avec le bistouri conduit sur une sonde cannelée. Quant à la récurrence, on la prévient par de la charpie interposée, par une cautérisation au nitrate d'argent ou par de petites bandelettes de linge fixées par du collodion.

Soit qu'on y ait remédié avant la puberté, soit plutôt qu'il n'y ait jamais eu oblitération, toujours est-il qu'il n'est pas de fait dans lequel elle ait empêché l'écoulement des règles. L'observation de Ruysch, que l'on est tenté de rapporter à cette espèce, n'est point suffisamment explicite pour pouvoir l'affirmer. Quant à celle de Konarzewski, elle est, en dépit de son titre, une imperforation de l'hymen <sup>3</sup>.

C. *Atrésie hyménéale* <sup>4</sup>. — L'hymen, espèce de protrusion du vagin dans l'anneau vestibulaire, n'a qu'exceptionnellement un rôle pathologique, et alors, ou son ouverture est très-étroite, ou elle est multiple, ou bien elle fait défaut. Dans tous ces cas, il y a obstacle à l'acte conjugal; mais, dans le dernier, il y a de plus une source de dangers.

Quoique entre ces divers états il n'y ait qu'un pas en apparence, il est très-rarement franchi. La laxité des parties, le peu de tendance à l'adhésion dans les orifices à pourtour muqueux, rendent la chose si difficile qu'on n'a que quelques faits à citer <sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Horne; *Journal de médecine*, 1786, tom. LXVI, pag. 359.

<sup>2</sup> Forestus; *De mulierum morbis*, lib. XXVIII, obs. LVI. Rouen, 1653, in-fol. — Pechlin; *Observationes medico-physicæ*. — Gruling; *Obs. et curat.*, cent. IV. — Dolee; *Encyclopedia chir. rationalis*. Venetiis, 1690, in-4°, lib. IV, pag. 808. — Becker; *De paidoctonia inculcata tractatus*. Giessen, 1729, in-4°, § XVI. — Daniel; *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier*, 1842, tom. V, pag. 362.

<sup>3</sup> Ruysch; *Obs. anat. chir. cent.* Amstel., 1691, in-4°, obs. XXXII, pag. 42: « Convaluit enim sola incisione cujusdam membranæ pone hymenem sitæ et totam vulvam perfecte claudentis. » — Konarzewski; *Gazette des hôpitaux*, 1857, pag. 310.

<sup>4</sup> Cette espèce appartient au vagin, et n'est comprise dans ce genre que par artifice.

<sup>5</sup> Amyand; *Accouchement gémellaire, caroncules myrtiformes réunies* (*Transactions philoso-*



OBSERVATION II.

Une femme assez mal réglée se maria à 21 ans. Deux ans après, il survint un gonflement de l'abdomen qui fit croire à une grossesse ; mais une perte constituée par du sang brun en partie coagulé la désabusa.

Après s'être montrées encore une fois, les menstrues se supprimèrent définitivement.

Dolignon, consulté onze ans après, trouva l'hymen durci, fermant le vagin et présentant à son centre une petite tache blanche enfoncée, cicatricielle. Quatre livres d'un sang épais sans odeur s'écoulèrent par l'incision, et les accidents disparurent. (*Journal de méd.*, etc., 1785, tom. LXIV, pag. 252.)

Constitué par quelques fibres musculaires, du tissu conjonctif et un double revêtement muqueux, l'hymen a dans les imperforations une structure identique ; son épaisseur, caractérisée par quelques auteurs de considérable, a de 8 à 10 millimètres, et sa consistance varie suivant que les fibres musculaires ou le tissu conjonctif prédominent.

Cette atrésie, la plus simple de toutes, peut se compliquer. M. Picard a vu un nouvel obstacle siéger au col<sup>1</sup> ; Ruysch, Schultze, Walther, Burns, Delisle l'ont noté au vagin. Dans ces derniers temps, M. Nélaton a même constaté trois membranes superposées<sup>2</sup>. Après l'opération, on ne saurait donc examiner avec trop de soin le vagin et le col.

A moins qu'on ne la constate à la naissance, comme cela est arrivé à Mauriceau, à Millot et à bien d'autres, l'imperforation de l'hymen ne se traite guère avant la puberté. Cependant il n'en est pas toujours ainsi : les mucosités sécrétées par le col peuvent faire bomber cette membrane et attirer l'attention maternelle. Le liquide est en général visqueux, très-épais et filant ; sa quantité est de 15 à 20 grammes, et le col était rouge, enflammé, chez l'enfant dont je fis l'autopsie. Dans des conditions identiques, M. Depaul a recueilli de 80 à 100 grammes d'un liquide rappelant l'eau blanche affaiblie

---

phiques, 1732, n° 422). — Schlichting ; *Nova acta phys. med. Acad. Cæs. Leopold. Carol. nat. curios.*, tom. I, 1757, pag. 344. — Nægele, fait cité. — Ventura ; *Archives de médecine*, 1824, tom. VI, pag. 27, fait douteux. — Au dire de l'*Encyclopédie méthodique (chirurgie, art. IMPERFORATION)*, Andry aurait vu un cas analogue à celui de Dolignon.

<sup>1</sup> Picard ; *Gazette des hôpitaux*, 1858, pag. 255.

<sup>2</sup> Nélaton, in Labadie de Lalande. (Thèses de Paris, 1856, n° 238, pag. 12.)



ou une décoction de riz très-étendue. Cette tumeur est en général petite ; elle avait cependant le volume d'un gros œuf de poule, dans le cas de M. Debouie ; elle augmente par les cris et les efforts de la défécation. Dans d'autres cas, la gêne qu'elle a apportée à la miction a fait intervenir.

Cette atrésie, rare en tant qu'accidentelle, est fréquente en tant que congéniale ; nous avons relevé, soit dans les auteurs, soit dans les recueils, 144 faits qui, joints aux 7 qui nous ont été communiqués, portent à 151 leur chiffre total. Qu'on y joigne ceux recueillis avant la puberté, et dont il n'est pas tenu compte dans cette statistique, et l'on sera autorisé à regarder l'imperforation de l'hymen comme l'anomalie la plus commune.

## II. VAGIN.

En même temps qu'elles sont plus compliquées, les atrésies du vagin sont un peu moins fréquentes ; elles comptent encore 99 cas<sup>1</sup> que leur origine partage en deux classes.

1. Les *atrésies congénitales* se divisent en trois espèces : elles sont dites *simples* lorsque l'obstacle est unique, *compliquées* lorsqu'il occupe le vagin et le col, *complexes* lorsque, le vagin étant double, l'un des conduits est obturé.

A. Cette espèce est la plus commune ; elle se subdivise en trois variétés. La première comprend les imperforations membraneuses ; la seconde les faits dans lesquels la mensuration accuse de 10 à 40 millimètres ; enfin, la troisième réunit ceux qui dépassent cette dernière limite. Les épithètes de *mince*, de *moyenne* et de *considérable* correspondent à chacune d'elles.

Les imperforations membraneuses sont, comme leur épithète l'indique, formées par des membranes à direction transversale, divisant le vagin en deux segments plus ou moins égaux. Ces cloisons sont constituées par une double muqueuse, et du tissu conjonctif mêlé parfois à quelques fibres musculaires lisses.

---

<sup>1</sup> Dans ce chiffre ne sont pas compris les trois cas de mort évoqués par Vidal (de Cassis), et les deux dont Patrix a parlé. (*Traité sur le cancer*, 1820, pag. 194.)



OBSERVATION III.

Imperforation congénitale par une membrane de 2 lignes d'épaisseur. — Début des accidents à 20 ans. — A 26 ans, opération. — Péritonite mortelle au bout de deux jours. — Dilatation de l'utérus et des trompes. Rupture de la trompe gauche par où s'est écoulé un sang noir putréfié.

Une fille de 26 ans avait joui jusqu'à la vingtième année d'une bonne santé, quand, vers cette époque, elle fut prise de fortes douleurs s'étendant des reins à toute la partie antérieure et inférieure du ventre; elles revinrent dès-lors périodiquement tous les mois et disparaissaient après une durée de quatre à cinq jours; elles furent considérées pendant ces six années à titre de congestion utérine suppléant les règles, qui n'avaient jamais paru. Cependant la malade, se voyant dépérir lentement, se soumit à un examen local qui fit reconnaître l'occlusion du vagin, à la moitié environ de sa hauteur, par une membrane. Le ventre offrait, au-dessus du pubis, une tumeur du volume à peu près d'une tête de fœtus, un peu sensible à la pression; le doigt, porté contre la membrane obturatrice, sentait le reflux d'une impulsion exercée sur la tumeur abdominale. Le pouls était faible et fréquent, et il survenait souvent des accès hystériformes.

On incisa la membrane avec un bistouri, et il sortit aussitôt un sang noir, coagulé, mêlé avec de la mucosité (180 à 210 grammes). Son issue fut favorisée par des pressions exercées sur la tumeur du ventre, laquelle diminua des deux tiers.

Pendant l'opération, la malade n'accusa que quelques légères douleurs, et seulement pendant les pressions exercées sur le bas-ventre; mais au bout de quelques heures, une vive sensibilité et le retour de la tuméfaction abdominale annoncèrent l'invasion d'une péritonite qui, malgré deux émissions sanguines, devint mortelle au bout de deux jours.

A l'autopsie, on trouva les traces d'une péritonite avec épanchement séro-purulent, surtout dans la région iliaque gauche, où ce fluide était mêlé d'une petite quantité de sang putréfié; l'utérus présentait au-delà du volume du poing; les trompes de Fallope adhéraient fortement à la surface postérieure des ovaires, et étaient distendues de manière à offrir, *la gauche la grosseur d'un œuf de dinde, la droite celle d'une noix*. Toutes les deux contenaient du sang; mais la première présentait en arrière une rupture d'où s'écoulait un liquide en tout semblable à celui trouvé dans la fosse iliaque gauche.

La membrane obturatrice avait environ deux lignes d'épaisseur.

Quant aux ovaires, leur surface était rendue très-irrégulière par suite de plusieurs cicatrices d'ancienne et de récente formation. Ils renfermaient à l'intérieur beaucoup de vésicules de Graaf plus ou moins développées, et diverses taches pareilles en tout aux corps jaunes ou *corpora lutea*. (D<sup>r</sup> Locatelli; *Gazette médicale de Paris*, 1848, pag. 105.)

Les deux autres variétés<sup>1</sup> comptent vingt-sept faits dans lesquels l'ob-

<sup>1</sup> Nous sommes forcé à les réunir, vu le petit nombre de faits pour lesquels on a une mensuration précise.



stacle, dissemblable par l'étendue, l'est encore histologiquement. Encore ici on a du tissu conjonctif; mais tandis que dans les uns il est lâche, friable et forme une couche peu épaisse, dans les autres il est tassé, résistant, criant sous le scalpel et mêlé à des fibres musculaires lisses. En un mot, chez les premiers, les parois vésicale et rectale se touchent; chez les seconds, au contraire, elles sont séparées par un cordon fibreux plus ou moins étendu. Quand le vagin ne manque pas dans son entier, c'est tantôt la partie inférieure, tantôt la partie supérieure qui est libre. M. Nélaton a observé conjointement la bifidité de l'utérus.

*B.* La seconde espèce se distingue de la première en ce que l'imperforation du col vient s'y ajouter. Dans le cas rapporté par Willaume (de Metz), une cavité séparait les deux obstacles; dans les autres, au nombre de six, cette cavité manquait. En était-il de même pour le fait de Kluyskens? On incline à le penser, vu la profondeur (4 pouces) à laquelle dut être porté le trocart.

*C.* La troisième espèce, caractérisée par la bifidité du vagin et l'imperforation de l'un des lobes, est excessivement rare, puisque sur soixante-deux observations on ne l'a relevée que trois fois, en y comprenant la pièce anatomo-pathologique décrite par Rokitansky.

#### OBSERVATION IV.

A 17 ans, venue des règles; mariage. — A 18 ans et demi, douleurs dans l'utérus augmentant à chaque mois; ponction. — Mort au quatrième jour. — Vaste épanchement puriforme et pseudo-membraneux dans le péritoine. — Utérus et vagin bilobés; le vagin et l'utérus gauches ont fourni les règles; le vagin droit imperforé formait, avec la corne correspondante dilatée, la tumeur incisée.

Tronsin (Herminie), 19 ans, grande, mince et blonde, fut réglée il y a deux ans pour la première fois. Quelques mois après elle se maria. Il y a environ six mois, elle commença à se plaindre de douleurs assez vives dans la région utérine, et particulièrement dans le vagin. Ces douleurs devenaient surtout très-intenses pendant l'époque menstruelle, puis elles allaient en diminuant, pour revenir encore plus vives à l'époque suivante. Son mari, qui les attribuait à quelques efforts qu'elle aurait faits en soulevant des fardeaux (elle était blanchisseuse), la força à rester en repos chez elle. Ce repos les lui fit supporter pendant quelque temps, mais enfin son état s'aggravant de plus en plus, elle fit appeler, le 1<sup>er</sup> mai 1854, M. Le Roy.



Depuis trois jours l'écoulement menstruel avait lieu, et depuis les douleurs habituelles étaient devenues si intenses qu'elle avait été forcée de garder le lit; la position verticale, les besoins d'expulsion des selles et surtout d'uriner, besoins qui revenaient fréquemment, la mettaient dans un état d'anxiété et de souffrance difficile à décrire. A un pouce environ de l'entrée du vagin et à sa partie antérieure et latérale droite, existait une tumeur rénitente considérable, remplissant presque toute la cavité du petit bassin, et qu'au premier abord on aurait pu prendre pour celle formée par l'utérus au commencement du travail. A l'aide du doigt introduit dans le vagin, on pouvait s'assurer facilement de l'étendue de cette tumeur en avant et en bas; mais il était impossible de sentir jusqu'où elle s'étendait en arrière, c'est-à-dire de pouvoir atteindre le col. Au travers des parois abdominales, on sentait un corps volumineux qui s'élevait à la hauteur de l'ombilic, plus dur dans la partie supérieure que dans le reste de son étendue, et ressemblant parfaitement à un utérus développé comme au sixième mois de la grossesse; en pressant sur ce corps, on augmentait la saillie du vagin, et il était alors facile de s'assurer que c'était toujours la même tumeur. Je m'assurai de plus que la vessie ne participait point à sa formation, en introduisant une sonde dans cet organe. Quelle était la nature de cette tumeur? aux dépens de quoi était-elle formée? quel était le liquide contenu? Les douleurs qui étaient plus vives aux époques menstruelles, la tumeur qui paraissait augmenter de volume à chacune de ces époques, me firent penser un instant qu'elle pouvait être due à la rétention des règles; mais l'écoulement périodique, qui ne paraissait en aucune façon suspendu, me fit rejeter cette idée. Enfin, je m'arrêtai à celle d'une tumeur enkystée qui aurait eu son siège entre la vessie, l'utérus et le péritoine.

Entrée à l'hospice royal de Versailles le 12 mai 1834, cette femme fut examinée à plusieurs reprises par les chirurgiens et médecins de cette maison, et tous éprouvèrent les mêmes doutes, les mêmes incertitudes sur la nature de la tumeur.

Enfin, comme elle désirait à tout prix être délivrée de ses souffrances, M. Maurin se décida le 15 mai à plonger un trocart dans la partie de la tumeur qui faisait saillie dans le vagin. Il s'écoula aussitôt par la canule un liquide couleur chocolat, inodore et de consistance sirupeuse. On agrandit avec le bistouri l'ouverture, et il s'en écoula par flots une quantité que l'on peut évaluer à environ trois cuvettes. Le doigt introduit dans cette cavité fit reconnaître qu'elle remplissait le bassin et qu'elle était tout à fait isolée. On constata alors à l'extrémité supérieure du vagin un petit corps dur qui paraissait être la matrice et dont on sentait facilement l'ouverture vaginale, qui était un peu béante.

Les quatre premiers jours se passèrent bien, et cette femme était joyeuse d'être débarrassée d'un ennemi qui la tourmentait depuis longtemps. Il se faisait par l'ouverture un léger suintement, les parois de la tumeur se rapprochaient, et tout annonçait une terminaison heureuse lorsque, le 19 au matin, des symptômes de péritonite se montrèrent et amenèrent la mort dans la journée du 22.

Le lendemain je procédai à l'autopsie, en présence de MM. Maurin, Penard et Vitry, chirurgiens en chef, de MM. Noble, Bataille, Navarre et des élèves.



Le péritoine était vivement enflammé dans toute son étendue et offrait un grand nombre de pseudo-membranes et un vaste épanchement puriforme. Cette séreuse était surtout phlogosée au niveau de la tumeur.

Les organes de la génération, isolés et enlevés par une coupe des os du bassin, offraient la disposition suivante : le vagin (gauche) avait quatre pouces et demi de longueur ; à sa partie latérale droite et à un pouce environ de son entrée, se trouvait l'ouverture pratiquée à la tumeur (vagin droit) ; à sa partie supérieure on voyait l'ouverture utéro-vaginale située de droite à gauche ; cette ouverture était tout à fait au niveau du vagin (gauche), pour mieux dire la portion vaginale du col manquait.

L'utérus présentait une forme singulière ; son corps, qui avait un pouce et demi de largeur, était terminé par deux cornes longues de deux pouces, larges, épaisses et charnues. A leur extrémité se trouvaient les trompes de Fallope et les ovaires, qui avaient leur forme et leur position habituelles.

Une incision commencée à l'ouverture utéro-vaginale (gauche), afin de pouvoir examiner l'intérieur de l'utérus, montra une cavité qui s'étendait de cette ouverture à l'extrémité de la corne gauche. Toute cette partie, qui formait exactement la moitié de l'organe, était séparée de celle du côté opposé par une membrane charnue s'étendant du fond de l'utérus au bord interne de l'ouverture utéro-vaginale, en sorte que la cavité gauche était sans communication avec la cavité droite. L'intérieur de la petite portion du corps présentait quelques rides transversales ; à la corne, au contraire, elles étaient longitudinales.

À droite, une incision commencée à celle faite pendant la vie et continuée jusqu'à l'extrémité de la corne correspondante, montra une disposition pareille à celle de l'autre ; cette cavité droite n'avait aucune issue avec le dehors ; on remarquait seulement à la partie inférieure de la cloison un léger amincissement circonscrit<sup>1</sup>.

La corne offrait des fibres longitudinales comme à gauche. Le corps présentait aussi des fibres transversales ; ces fibres avaient pris un accroissement surtout vers la partie inférieure et latérale, où par leur dilatation elles formaient une énorme poche, qui n'était autre que la tumeur qui faisait saillie à l'hypogastre et dans le vagin gauche, et dont la nature nous avait tant embarrassés. (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*. 1835, tom. II, pag. 181.)

2. Quoiqu'elles comptent plus de faits que la classe précédente (55), les atrésies accidentelles ne réclament pas autant de divisions ; il n'y a, à proprement parler, qu'une seule espèce, mais on peut admettre une foule de

---

<sup>1</sup> L'auteur de cette remarquable observation, M. Le Roy, pense que cela indique une communication ancienne entre les deux cavités ; je crois plutôt que c'est là l'effet de la poussée sanguine et que, si la vie s'était prolongée, la cloison aurait fini par céder, comme il en sera cité plus loin un exemple.



variétés : ainsi, l'adhésion peut se compliquer de rétrécissements, de brides multiples ; parfois le tissu cicatriciel simule une espèce de diaphragme, parfois les deux parois sont intimement unies dans une grande partie de leur étendue, parfois enfin il existe une fistule vésico-vaginale.

OBSERVATION V.

Accouchement laborieux chez une primipare. — Rétrécissement annulaire du vagin ; fistule vésico-vaginale considérable ; lambeau postérieur vésical obturant le vagin. — Accidents menstruels datant de dix-huit mois ; ponction et rétablissement des règles.

Le 5 octobre 1860 est entrée à l'Hôtel-Dieu de Nîmes (n° 8 de la salle Sainte-Anne) la nommée Pascale V.... Cette fille, originaire des environs, est âgée de 24 ans ; elle est d'une constitution robuste et d'un tempérament lymphatico-sanguin. Elle n'a jamais eu d'autre maladie que celle pour laquelle elle réclame les secours de la chirurgie. — Menstruée à 13 ans, elle l'a toujours été régulièrement jusque vers le mois d'avril 1857, époque où son maître abusa d'elle.

Malgré les contrariétés inhérentes à sa position, la grossesse fut bonne ; il n'en fut pas de même pour l'accouchement. Le travail dura trois jours et, après de vives douleurs, se termina spontanément par l'expulsion d'un enfant dans un état de décomposition putride (15 janvier 1858).

Tout se passa bien d'abord, mais au quatrième jour les lochies exhalèrent une odeur urineuse, et les urines, au lieu d'être rejetées par le méat, le furent par le vagin. Après un séjour de deux semaines chez la sage-femme qui l'avait accouchée, Pascale se fit transporter à l'hôpital : on constata l'existence d'une large fistule vésico-vaginale, et on ne fit aucun traitement. Quelque temps après, elle se rendit à Montpellier. Admise à l'hôpital Saint-Éloi, elle fut examinée avec soin par M. le professeur Alquié et déclarée non encore opérable. Un an après, elle y retourna encore, mais sans plus de succès.

Il y a dix-huit mois, c'est-à-dire un peu avant son dernier voyage à Montpellier, quelques nouveaux symptômes se montrèrent. Autant qu'il est permis d'en juger à travers sa narration un peu diffuse, la menstruation fit alors mine de se rétablir, mais aucun écoulement n'eut lieu. Il en fut de même les époques suivantes, avec cette particularité que tous les mois les douleurs s'aggravaient. Ces douleurs durèrent huit jours ; elles ont pour siège l'hypogastre, les lombes et le périnée, et n'ont été jusqu'à présent calmées que par l'application de quelques sangsues à la vulve. La saignée pratiquée le 20 octobre, pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, a eu la même efficacité. Il y avait donc là plus qu'une fistule vésico-vaginale, et c'est en vue de cette lésion concomitante que M. le docteur Tribes, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, qui connaissait mes recherches, eut la bonté de m'inviter à venir visiter cette malade.

Quand je la vis pour la première fois, elle était au quatrième jour de la crise menstruelle :



bien qu'amointries par la saignée, les douleurs poursuivaient leur cours habituel; partant des reins, elles formaient une ceinture et venaient mourir à la vulve; elles étaient expulsives et présentaient des intermittences plus ou moins longues. Elles ne s'accompagnaient pas de pesanteur au périnée, mais par contre elles se compliquaient de fausses envies d'aller à la selle. Ce ténesme était excessivement fréquent. Il n'existait pas de tympanite ni de nausées; à part quelques renvois, il n'y avait pas de troubles du côté des voies digestives.

L'exploration des parties génitales offrit des difficultés exceptionnelles; malgré son vif désir d'être débarrassée de ces douleurs périodiques, la malade y mettait un mauvais vouloir peu commun; elle s'agitait, se déroba sous le doigt. Voici néanmoins les notions que M. Tribes et moi recueillîmes :

Les parties externes ne présentent à noter qu'un peu d'érythème et de légères érosions dues au passage incessant de l'urine. Il en est de même pour le vagin, qui présente en outre des désordres autrement importants.

Ce canal, court, déformé, n'a guère plus du tiers de sa longueur normale. A 0,020 milimètres de la vulve, le doigt est arrêté par un premier obstacle, espèce de cercle cicatriciel; au-delà, on se heurte contre un nouvel obstacle, mais cette fois-ci on ne peut le franchir. Il y a là une véritable barrière; on sent avec le doigt la ligne cicatricielle qu'elle forme sur la paroi postérieure du vagin, on peut même la voir en faisant écarter transversalement les grandes lèvres, mais on ne peut en atteindre les limites supérieurement. Lorsque, dans ce but, on porte le doigt en avant, c'est-à-dire derrière le pubis, on arrive dans une cavité assez spacieuse, que l'on n'a pas de peine à reconnaître pour la vessie. On a donc là deux lésions distinctes : d'une part une large fistule vésico-vaginale, et de l'autre une oblitération du vagin. L'une et l'autre ont une même cause (la gangrène consécutive à l'accouchement), seulement celle-ci a précédé celle-là, car c'est le lambeau postérieur de la vessie qui, largement détaché, est venu fermer le vagin.

Lorsqu'on déprime l'obstacle dans le but de rechercher à quelle distance on se trouve du col, on sent une tumeur à résistance comme fibreuse, qui cède difficilement et qui distend la partie supérieure du vagin. Par le toucher anal, on n'atteint pas davantage le col utérin, mais on a conscience de la tumeur précédemment perçue et on lui reconnaît les mêmes caractères. J'ai essayé de combiner les deux touchers afin de percevoir la fluctuation, mais j'ai dû y renoncer, vu les douleurs éprouvées par la malade. Enfin, par le palper abdominal on ne constate pas de tumeur tout d'abord, mais par une seconde exploration j'ai senti l'utérus, qui ne m'a pas paru sensiblement distendu. D'où cette conséquence, que l'utérus ne participe point à la dilatation du vagin, et que le retentum menstruel n'est pas accumulé en quantité considérable. Quant à l'état de tension des parties, il est dû à ce que l'examen a été fait à l'époque menstruelle.

Pour parer à cet état, on avait à choisir entre deux méthodes opératoires : ou bien décoller le lambeau vésical et reconstituer tout à fait le vagin, sauf à diminuer plus tard l'é-



tendue de la fistule vésico-vaginale et chercher à la guérir par la méthode américaine ; ou bien, laissant les choses en l'état, attaquer la paroi vésicale et lui faire une ouverture suffisante pour donner issue au sang accumulé. Si la première était plus tentante et promettait des résultats plus parfaits, la seconde parut moins dangereuse et en tous cas d'une exécution beaucoup plus facile et plus sûre. Ce fut elle qui fut adoptée et pratiquée le 23 novembre, car pour plusieurs raisons on dut attendre qu'une nouvelle crise se fût écoulée.

Après avoir fait placer la malade sur le lit à opérations en face d'une fenêtre qui éclairait bien les parties, les aides furent disposés de manière à maintenir les cuisses écartées et le bassin fixé, pendant qu'un quatrième procédait à la chloroformisation. Dès que le sommeil anesthésique fut obtenu, M. le docteur Tribes introduisit, le long de l'index gauche, un trocart à hydrocèle, et le plongea brusquement dans la paroi vésicale distendue par le sang, à environ 0,012 millimètres de la ligne cicatricielle. Une sensation de résistance vaincue lui indiqua qu'il avait franchi l'obstacle ; il retira alors le trocart et, laissant la canule en place, il donna issue à un liquide visqueux, sans odeur fétide et couleur lie de vin, qui fut recueilli dans un vase disposé à cet effet.

Quand l'écoulement devint insignifiant, une sonde cannelée fut substituée à la canule, et un bistouri armé jusqu'à un centimètre de la pointe fut introduit le long de la cannelure. Plusieurs petites incisions furent faites en divers sens sur la paroi vésicale, mais les mouvements de la malade, que le chloroforme n'empêchait plus, ne permirent pas de les faire aussi étendues qu'on l'eût désiré. Dans un de ces mouvements la sonde s'échappa, et on ne put parvenir à la remettre en place, tant on était gêné par l'indocilité de la malade, le cercle cicatriciel et surtout l'affaissement de la tumeur. J'essayai à mon tour, mais je ne fus pas plus heureux. Force fut de laisser là l'opération et de faire emporter la malade dans son lit, qu'on avait préalablement garni avec des alèzes.

Les suites de l'opération furent tout d'abord aussi heureuses que possible. La réaction fut légère et presque insignifiante, et Pascale accusa vite un bien-être profond. Le suintement sanguinolent qui avait lieu par la vulve<sup>1</sup> diminua le troisième jour et fit place vers le sixième à un écoulement muco-purulent. Vers cette époque aussi surgirent quelques douleurs que M. Tribes et moi attribuâmes à l'inflammation de la muqueuse vésicale et à son extension le long des uretères. Le 9 décembre, il y eut des frissons assez intenses ; le 10, le ventre était tendu et très-douloureux à la pression ; la figure était fortement grippée et le pouls fréquent et concentré. (Paquets d'onguent napolitain 10 grammes toutes les quatre heures ; cataplasmes laudanisés ; 1 pilule de cynoglosse ; limonade ; diète absolue.) Bref, le 14 cette péritonite ne donnait plus la moindre crainte. Tout allait pour le mieux lorsque, dans la nuit du 17 au 18, Pascale ressentit de violentes douleurs expulsives qui

---

<sup>1</sup> La quantité de liquide recueilli pendant l'opération fut de 258 grammes ; quant aux quantités qui s'écoulèrent ultérieurement, elles atteignirent tout au plus 100 grammes.



partant des lombes venaient mourir à la vulve; insomnie, agitation extrême. Cela dura jusqu'à midi, heure à laquelle elle rendit par la vulve environ un quart de litre de sang poisseux mêlé de quelques caillots, plus noir que celui de l'opération et exhalant une odeur fétide des plus repoussantes. C'était la crise menstruelle qui chassait devant elle les *reliqua* du retentum. Dès ce moment, le calme se rétablit et devint définitif; la physionomie se rasséréna et la malade fut complètement délivrée des douleurs expulsives qui l'avaient jusqu'alors tourmentée. Bref, elle était complètement rétablie lorsqu'elle quitta l'hôpital, le 7 janvier 1861.

Depuis cette époque, j'ai eu plusieurs fois occasion de la revoir et j'ai eu de ses nouvelles, soit par sa mère, soit par sa sœur, domestique chez une de mes clientes. Elle se porte très-bien, a acquis de l'embonpoint et a une physionomie respirant la santé. Néanmoins, la menstruation ne s'effectue pas sans quelques troubles; à peu près à toutes les époques, il y a des coliques qui se jugent par la sortie de caillots et du sang. Il y a là évidemment un rétrécissement de l'ouverture; j'ai cherché à plusieurs fois de m'en assurer, mais, pour un prétexte ou pour un autre, Pascale s'y est refusée. En mai 1862, elle est venue me demander si elle pouvait se marier; je ne sais si ma réponse négative ne lui a pas convenu, mais je ne l'ai plus revue depuis.

### III. COL UTÉRIN.

Bien que, de toutes les atrésies, ce soient les plus rares, on n'en compte pas moins de cinquante-quatre cas, qui, d'après leur origine, se divisent en deux classes. Il va sans dire que nous ne comprenons dans ce chiffre que les cas qui ont été suivis de la rétention des règles.

1. Les imperforations se subdivisent en deux espèces : on les dit *simples* lorsque l'obstacle est unique, et *complexes* lorsque l'utérus est bifide.

A. La première espèce est en même temps la plus commune, puisqu'elle comprend trente et un faits. L'obstacle se trouve au niveau du méat, c'est-à-dire à l'extrémité inférieure du canal cervico-utérin. Sauf un cas dans lequel le canal était oblitéré dans toute sa longueur (obs. xxviii), son épaisseur dépasse rarement un centimètre, parfois même il en a moins. Tel était, par exemple, le cas de la fille dont Benevoli a narré l'histoire avec une candeur rarement imitée depuis. En voulant remédier à la rétention d'urine qui compliquait l'atrésie, la sonde s'égara dans le vagin, déchira l'obstacle et amena la guérison. Dans les cas analogues, les muqueuses utérine et vaginale constituent à elles seules l'obstacle; dans d'autres, au contraire, elles sont sé-



parées par un tissu cellulaire plus ou moins tassé, dans lequel le microscope fait découvrir les éléments normaux du tissu utérin ; d'autres fois enfin il y a en même temps absence de la portion vaginale du col.

*B.* La deuxième espèce, caractérisée par la bifidité de l'utérus et l'imperforation de l'un des méats, est excessivement rare, puisque sur quarante-deux observations de ce genre je ne l'ai relevée que deux fois.

Sur une préparation du Musée pathologique de Vienne décrite par Rokitsky, la moitié droite est grande, à parois épaisses ; le col n'est point ouvert dans le vagin, mais il est distendu sous forme de capsule large d'un pouce par un liquide visqueux et brun. Chacune des deux moitiés de l'utérus a sa trompe et son ovaire. Le rein droit manque. Cette fille, âgée de 24 ans, n'avait jamais été menstruée<sup>1</sup>. Dans le second cas, rencontré par le même auteur, la disposition était la même, seulement c'était le méat gauche qui était imperforé. L'inflammation consécutive à la rétention du sang menstruel emporta la malade<sup>2</sup>.

Enfin, il peut exister une variété dans laquelle l'utérus et le vagin sont bifides, tandis que l'un des méats est imperforé. On n'a jamais rencontré cette disposition chez l'adulte ; mais, par contre, je suis le premier à l'avoir constatée chez un enfant de naissance<sup>3</sup>.

2. Malgré la diversité de leurs origines, les oblitérations se ressemblent assez pour n'avoir pas besoin d'être subdivisées. Sans doute, entre chaque cas particulier, il est des différences suivant qu'il y a eu des accouchements antérieurs, suivant la nature et la violence de l'agent vulnérant, suivant que le vagin a été en même temps altéré ; mais, à part la dernière, elles ne méritent pas de nous arrêter. Dans cette variété, rare il est vrai, puisqu'elle ne compte que deux exemples<sup>4</sup>, le col n'est plus libre, mais il est incliné, et

---

<sup>1</sup> *Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1859, n° 33, et *Canstatt's Jahresberichte*, 1859, pag. 412.

<sup>2</sup> *Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1860, n° 31, et *Canstatt's Jahresberichte*, 1860, pag. 389. Ce fait a été donné par la *Gazette hebdomadaire* (1860, pag. 701), d'après les *Annales de Canstatt*.

<sup>3</sup> Puech ; *Gazette des hôpitaux*, 1857, pag. 586.

<sup>4</sup> *Traité de médecine pratique*, par Frank, tom. II, pag. 261. — Gauthier ; *Nouveau journal*



latéralement ou postérieurement accolé à la paroi vaginale qui bouche son méat. Cette disposition est importante à connaître, car, dans un cas inédit, le vagin décrivait un tel repli au-devant du col, qu'un chirurgien des plus habiles pénétra dans la cavité péritonéale.

L'obstacle a rarement plus de un centimètre d'étendue et a souvent beaucoup moins. Son siège de prédilection est au méat ou bien à l'entrée du canal cervico-utérin. Sur vingt et un cas, je ne connais qu'une exception.

#### OBSERVATION VI.

Atrésie de l'isthme cervico-utérin survenue pendant le mariage. — Accidents menstruels cédant avec la venue de la ménopause.

J'ai vu le cas très-curieux d'une dame russe qui m'a été adressée par le professeur Pitra et qui a eu une rétention des menstrues après son mariage. Le col est chez elle perméable dans toute sa longueur ; ce n'est que l'orifice interne qui est oblitéré. Je me proposais de vider l'utérus par une ponction à travers les voies naturelles ; mais, par une coïncidence heureuse, cette dame est arrivée à la ménopause, et depuis quelque mois il n'y a plus d'exacerbations cataméniales, et le globe utérin va tous les jours en diminuant. Elle guérira probablement sans opération. (Mattei, *Revue de thérapeutique médico-chirurg.*, 1858, pag. 487.)

Quant à la matière oblitérante, sa consistance varie : tantôt formée par des inodules, elle est fibreuse, comme cartilagineuse et crie sous le scalpel ; tantôt formée par des tractus fibro-celluleux, elle cède à la sonde exploratrice poussée vivement.

### CHAPITRE III

#### Étiologie.

Les atrésies se distinguent, d'après leur origine, en *congénitales* et en *accidentelles*. Quoique ces épithètes aient un sens précis, il est bon de remarquer que les premières ne comprennent que les lésions dues à un arrêt de développement, et qu'aux dernières se rattachent tous les faits dans les-

---

*de médecine*, tom. VII, pag. 30, et *Journal de médecine* de Corvisart, Leroux et Boyer, vendémiaire an XII.



quels cette explication n'est point admissible. En d'autres termes, les atrésies accidentelles comprennent les maladies survenues dans le sein de la mère, aussi bien que celles qui surviennent avant comme après la puberté.

### § I.

L'appareil génital a trois champs d'évolution organique, trois zones desquelles émanent les parties de ce grand tout.

La zone interne procède du blastème avoisinant les bords du corps de Wolff; les ovaires se développent le long des bords internes, les trompes le long des bords externes, tandis que l'utérus est formé par l'extrémité terminale de ces dernières, associées et confondues.

La zone externe se forme par un bourgeon qui s'élève du côté de l'extrémité caudale. Ce bourgeon, primitivement simple, se divise en deux moitiés par un sillon qui, devenant plus profond, arrive jusqu'au cul-de-sac intestinal et forme le cloaque. Quant au bourgeon, il donne naissance à droite comme à gauche à deux éminences; les deux supérieures, soudées en haut et séparées en bas par une gouttière, sont destinées à former les petites lèvres et le clitoris; quant aux deux inférieures, elles constituent les grandes lèvres.

Quant à la zone intermédiaire, d'où émane le vagin, elle se développe dans le blastème placé entre le rectum et la vessie, immédiatement au-dessus de l'aponévrose périnéale moyenne, par la formation d'un canal qui, d'un côté va à la rencontre de la fente vulvaire, et de l'autre du col utérin.

Grâce à ces détails préliminaires, la formation des atrésies est facilement compréhensible: ce ne sont pas des jeux de la nature, comme on le prétendait jadis, des aberrations du *nîsus formativus*, comme on l'a dit avec Burdach, mais bien des états transitoires persistants. Que le vagin manque complètement ou qu'il n'y ait qu'un simple diaphragme, il n'y a là qu'un arrêt de développement; seulement, tandis que dans le premier cas il a porté sur toute la zone intermédiaire, dans le second il s'est circonscrit à une très-petite étendue. Bref, sur 250 observations, la zone moyenne en a été 197 fois le siège<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Ce chiffre est celui des cas suivis de rétention des règles.



Les imperforations du col reconnaissent elles aussi une semblable origine, seulement ce n'est plus sur la zone moyenne, mais bien sur les limites de la zone interne que s'effectue l'arrêt de développement. Je ferai cependant mes réserves pour les cas dans lesquels la muqueuse vaginale semble s'être réfléchie au-devant du méat.

On s'est demandé si ces malconformations étaient héréditaires, si la mère guérie d'une semblable lésion pouvait la transmettre à son enfant? Les faits connus jusqu'à présent autorisent une réponse négative, et il est permis de croire que, si cela se présentait jamais, ce serait une simple coïncidence.

## § II.

Lorsque, dans un but thérapeutique, on veut clore une fistule, obturer un conduit, on avive les bords, on rapproche les parties. Pour arriver aux mêmes fins, la nature réclame des circonstances analogues : si le contact, le rapprochement est en certains points une conséquence de la disposition, de la manière d'être des organes, leur avivement et l'inflammation adhésive qui le suit sont toujours accidentels. Bien que tout agent susceptible d'un pareil effet eût droit à figurer dans l'étiologie, nous nous bornerons à relever ceux qu'un ou plusieurs faits signalent.

Au premier rang se placent les accouchements longs et laborieux. Lorsque, par suite d'étroitesse du bassin ou par inertie de l'utérus, la tête de l'enfant a stationné longtemps, les muqueuses utérine et vaginale en sont froissées, contusionnées et disposées à des escarres plus ou moins étendues. Quand les lésions sont profondes, une fistule vésico ou recto-vaginale peut s'ensuivre; quand elles sont superficielles, c'est un rétrécissement ou une oblitération qu'on a à redouter. Au reste, ce n'est point là une simple vue de l'esprit, puisque cette cause a été incriminée sept fois pour le col et trente et une fois pour le vagin.

MM. Bennet Dowler et Hastings Hamilton<sup>1</sup>, Bouchard (de Saumur) et

---

<sup>1</sup> Bennet Dowler et Hastings Hamilton; *Union médicale*, 1858, pag. 91 et 92. — Bouchard (de Saumur); *Bulletin général de thérapeutique*, 1853, tom. XLIV, pag. 541. — Gunning Bedford; *Maladies des femmes*, trad. par Gentil, gr. in-8°, 1860, pag. 243 et 296.



Gunning Bedford, ont observé pareil accident à la suite d'une fausse couche. On ne sait à quelle époque elle s'est produite, mais il est évident qu'il ne faut pas accuser le passage de l'embryon, mais bien l'inflammation consécutive.

En dehors de l'état puerpéral, nous avons un grand nombre de causes, mais par contre un assez petit nombre de faits. Néanmoins, comme ils signalent quelques particularités intéressantes, on nous permettra de nous y arrêter.

Dans quatre cas, les caustiques ont été accusés, non sans fondement. Dans le premier, l'acide sulfurique fut l'agent, et l'avortement le but; dans les autres, les moyens furent divers, et la cure d'une ulcération du col ou d'une hémorrhagie utérine y fit recourir<sup>1</sup>.

Les injections avec une forte solution de sublimé, les lotions avec certains ingrédients en usage auprès de quelques dames, peuvent produire pareils effets. Saviard<sup>2</sup>, Chambon<sup>3</sup> en ont signalé les inconvénients, et Névizan a cité une dame *quæ ut placeret marito suo tantum se astrinxit ut nec ipse nec alius potuerit amplius cognoscere*. Pour remédier à un vice de conformation que lui reprochait sans cesse son amant, une fille se livra à des manœuvres maladroites qui enflammèrent les parties, et obligèrent Nœgelé à en faire la séparation. On peut placer dans la même catégorie le coït pratique, soit avec excès, soit avec des organes disproportionnés (obs. I et XIV).

D'autres fois cet accident doit être attribué à l'inflammation chronique du vagin ou du col; tantôt spontanée comme dans les faits de Buchhave, d'Hermann Schützer, et de Marsh (du Delaware), tantôt provoquée par une tumeur ou bien par une flexion du col. Malgré la fréquence de cette dernière lésion, je n'en connais que l'exemple observé à la clinique de Frerichs par Bartels; les menstrues accumulées sortirent spontanément; il y eut un peu

---

<sup>1</sup> Lombard; *Archives de médecine*, 1831, tom. XXV, pag. 568. — Richard; *Gazette des hôpitaux*, 1861, pag. 31. — Rigby; *Gazette hebdomadaire*, 1857, pag. 343. — Williams; *London medical Gazette et Ranking's half-yearly abstract*, 1850. *Bulletin de thérapeutique*, tom. XXXIX, pag. 329.

<sup>2</sup> Saviard; *Observations chirurgicales*, 1702. Paris, in-12, pag. 149.

<sup>3</sup> Chambon; *Maladies des femmes*. Paris, in-8°, an VII, tom. II, pag. 365.



plus tard récidive, et la guérison ne fut complète qu'au bout de six mois <sup>1</sup>.

Au lieu d'être franche, l'inflammation peut être sous la dépendance d'une diathèse, et reconnaître une cause herpétique ou même syphilitique. En dépit de leur fréquence, on a peu de faits à leur reprocher : pour les dartres, je n'en connais aucun ; quant à la syphilis, j'en ai relevé trois exemples : l'un se borne à une assertion ; quant aux deux autres, observés par Lisfranc et Carteaux, ils sont jusqu'à un certain point contestables, puisqu'à l'action de la syphilis se joint celle d'un accouchement antérieur. Quant à l'observation de Desgranges, c'est une imperforation du col compliquée de végétations syphilitiques, par suite de la vie de prostituée de bas étage que menait cette fille <sup>2</sup>.

D'autres maladies peuvent en être le point de départ ; à en croire Scanzoni, la diphthérie, la scarlatine étendue au vagin, en auraient déterminé l'oblitération. Il en est de même pour la petite-vérole ; Richter, Scanzoni, ont opéré une atrésie qui avait cette origine, et il y a eu dans le service de M. Briquet une fille publique chez laquelle elle est survenue dans de semblables conditions <sup>3</sup>.

A s'en rapporter à mes souvenirs, la dysenterie pourrait être encore accusée. J'ai du moins relevé, en 1858, une observation significative d'Arnott, mais depuis j'en ai malheureusement égaré l'indication et le récit.

Quoique, à vrai dire, quelques-uns des faits qui précèdent pussent être mis sur le compte de la gangrène, j'ai réservé cette dénomination pour ceux dont il me reste à parler. Ces faits se distribuent en deux catégories : dans la première, la mortification mérite le nom de *spontanée*, car elle survient en dehors de toute affection locale et au milieu des apparences de la santé ; dans la seconde, elle se manifeste pendant le cours de maladies graves qui

---

<sup>1</sup> Buchhave ; *Act. Soc. med. Hafn.*, 1791, tom. II, pag. 401 et 402. — Hermann Schützer, in Chambon ; *Maladies des femmes*, tom. II, pag. 23. — Bartels ; *Deutsch. Klinik*, n° 40, et *Canstatt's Jahresberichte*, 1851, pag. 295. — Marsh ; *Medical examiner*, n° 1, 1<sup>er</sup> jan. 1842, et *British and foreign med. chir. Review*, 1842, tom. XIV.

<sup>2</sup> Beniveni, *loc. cit.*, cap. XXXI, pag. 235. — Lisfranc ; *Archives de médecine*, 1827, tom. XV, pag. 470, et *Revue médicale*, 1827, tom. III, pag. 321. — Carteaux ; *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1830, tom. I, pag. 154. — Desgranges ; *Mémorial des hôpitaux du Midi*, 1830, pag. 479.

<sup>3</sup> Richter ; *Commentarii Gœttingue*, tom. II, art. 2. — Scanzoni, *loc. cit.*, pag. 416. — Briquet ; *Revue médicale*, 1845, tom. II, pag. 519, cité par Devilliers.



sont en privilège d'abattre les constitutions, en perturbant profondément le système nerveux.

La première catégorie ne comprend que deux observations. Dans la première, il s'agit d'une fille qui, après une nuit de débauches et d'orgie, eut les parties génitales enflammées et mortifiées. La seconde concerne une dame de 46 ans environ, chez laquelle M. Velpeau avait constaté des tumeurs fibreuses intra-utérines. En avril 1857, pendant la convalescence d'une péritonite péri-ovarique, se manifeste tout à coup et sans cause connue une gangrène non-seulement du vagin, mais de la muqueuse qui recouvre le museau de tanche. Grâce à une médication appropriée, la gangrène s'arrête, des escarres assez nombreuses se détachent; mais le vagin, malgré les mèches et les sondes, se rétrécit considérablement. Bref, après un séjour à la campagne, pendant lequel les moyens dilateurs furent suspendus, le rétrécissement fit place à une atrésie<sup>1</sup>.

La seconde catégorie est plus riche de faits; elle comprend les observations de Da Camin et de Cambay pour le col, et celles de Steidele, de Jefferson, de Böhm, de Nélaton et de Second-Ferréol pour le vagin. Nous n'avons pas dessein de nous arrêter à leur endroit; nous nous bornerons à dire que trois de ces faits incriminent le choléra, tandis que les autres concernent la fièvre typhoïde<sup>2</sup>.

Il n'est pas rare de rencontrer chez les vieilles femmes des atrésies du col — j'en ai pour ma part observé trois exemples —, mais il est excessivement rare qu'elles aient nécessité une intervention. Comme leur étude est plutôt de luxe que d'utilité, nous n'en eussions aucunement parlé, si dans un de ces utérus on n'avait trouvé un liquide brun, couleur rouille. J'ai vu depuis que A. Bérard et Thompson avaient recueilli chacun une observation

---

<sup>1</sup> Dupuytren; *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1830, tom. 1, pag. 336. — Bernutz et Goupil; *Clinique médicale des maladies des femmes*, 1860, tom. I, pag. 85.

<sup>2</sup> Da Camin; *Gazette médicale de Paris*, 1840, pag. 91. — Jefferson; *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1834-1835, pag. 193. — Nélaton; *Gazette des hôpitaux*, 1853, pag. 41. — Steidele; *Sammlung von Beobachtungen*, 11 B, pag. 22, cité par Ploucquet. — Böhm; *Archives de médecine*, 1836, tom. XII, pag. 242. — Cambay; *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier*, 1847, tom. XV, pag. 81. — Second-Ferréol, in Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, tom. I, pag. 78.



identique; mais, dans ces cas comme dans le nôtre, aucun accident n'était venu signaler cette accumulation de sang. On en comprend pourtant la possibilité : les fièvres adynamiques, comme je l'ai vu, les retours des règles, peuvent amener une hémorrhagie et par suite produire les accidents de la rétention.

## CHAPITRE IV

### Symptomatologie.

Les symptômes se distinguent en *rationnels* et en *physiques*. Les premiers, fournis par l'interrogatoire des malades, sont identiques dans tous les cas. Les seconds, fournis par l'examen des parties, varient, au contraire, suivant le siège et la nature de l'atrésie.

#### § I.

##### DES SYMPTÔMES RATIONNELS.

Ils sont au nombre de trois et sont admirablement résumés par la phrase suivante empruntée aux anciens auteurs : « *Impediuntur coitus, conceptio et purgatio.* »

L'*impuissance*, citée en première ligne, est un caractère essentiellement contingent : telle femme peut être impuissante et telle autre ne l'être point; en un mot, cela dépend du siège de l'obstacle. Dans les cas où elle existe, elle ne peut être réputée un bon caractère, car elle réclame une intervention maritale ou autre, c'est-à-dire des conditions spéciales qui manquent dans la majorité des cas. Au reste, même chez les sujets vivant en l'état de mariage, cette notion n'est point aussi aisée à acquérir qu'on serait tenté de le penser, et lorsque les conjoints ont une inégale expérience, la lumière est bien lente à se faire. D'autres fois, les plaintes répétées du mari ont amené à la connaissance de la malconformation. Enfin, à une autre époque, les demandes en divorce, en provoquant l'examen des parties, ont eu le même résultat<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Schenck, *loc. cit.* — Borel (de Chartres); *Obs. physico-medicæ*, 1685, in-12, cent. 1, obs. 78.



La *stérilité* est, il est vrai, un caractère plus positif ; mais, pas plus que l'impuissance, elle ne constitue un trouble important. Comme celle-ci, elle réclame une intervention maritale, mais, de plus que cette dernière, elle a besoin d'un long temps avant que la preuve en soit administrée. Au reste, bien que commune à toutes les espèces, elle ne leur est point spéciale ; un grand nombre d'états peuvent la produire ou en être compliqués.

En fin de compte, il n'y a qu'un trouble notable, l'*impossibilité d'excrétion des liquides sécrétés ou exhalés par les organes génitaux*. A la fois commun et spécial à toutes les espèces d'atrésies, il en est par excellence le phénomène pathognomonique.

Les liquides qui puisent leur origine au sein des organes génitaux, qu'ils soient morbides ou physiologiques, sont susceptibles d'avoir leur excrétion empêchée ; mais tandis que pour les uns c'est excessivement rare, pour d'autres c'est moins exceptionnel. Parmi les premiers se placent les lochies : Hippocrate et Chambon sont les seuls qui en aient observé des exemples. « J'ai vu, écrit ce dernier, dans ma province, une femme chez laquelle les deux côtés de l'extrémité du vagin vers la vulve furent réunis à la suite de déchirements occasionnés par des manœuvres violentes. Il en résulta une tumeur qui faisait saillie pour se porter en dehors, en écartant les grandes lèvres. La malade se plaignait d'un engourdissement et d'un poids fatigant à cette partie, plus sensible quand elle était debout. Le canal continuant à se remplir davantage chaque jour, elle éprouva des douleurs vives et continues. L'examen indiqua la cause du mal. On divisa le vagin ; il en sortit une matière purulente, fétide et très-abondante<sup>1</sup>. »

Il est moins exceptionnel de rencontrer des collections purulentes à l'intérieur de l'utérus ; j'en ai du moins plusieurs exemples présents à la mémoire. Le docteur Voisin (de Versailles) a publié, vers 1850, un fait de ce genre ; Husson a, en 1854, présenté à la Société anatomique un utérus renfermant deux verrées de pus ; enfin, moi-même, en faisant l'autopsie d'une

---

pag. 85. — Helwig, in *Biblioth. chir. Mangeti*, tom. II, pag. 50. — Mauriceau, *loc. cit.*, obs. 495. — J. Christ. Fritsch. *chirurgia forensis*, tom. III. *De atretis et ob hic vitium solutis matrimoniis*.

<sup>1</sup> Chambon ; *Maladies des femmes*. Paris, an VII, tom. I, pag. 339.



vieille femme, j'ai rencontré une collection semblable qui m'a expliqué les douleurs vives et expultrices qu'elle accusait dans le bas-ventre.

Les exemples de collections muqueuses, c'est-à-dire d'hydrométrie, sont autrement nombreux ; aussi on a peine à comprendre les contestations dont cette maladie a été l'objet. Il n'entre point dans mon dessein d'en donner même un simple aperçu ; je me borne à rappeler qu'en 1861 M. le docteur Parant en a guéri une malade par la ponction suivie de l'injection iodée.

Quant aux écoulements physiologiques, leur rétention simultanée est la règle. Voici pourtant une exception observée par M. le docteur Guy (de Cazouls-lès-Béziers), dont les conseils nous ont été si utiles pendant l'épidémie de 1854.

#### OBSERVATION VII.

Oblitération d'une grande partie du vagin consécutive à un accouchement long et pénible.

— Deux mois après, douleurs assez vives aux reins et au bas-ventre ; efforts semblables à ceux de l'accouchement, qui s'accroissent à chaque époque. — Opération. — Issue d'une matière blanche et d'une odeur rance ; rétablissement des menstrues, mais étroitesse du vagin.

A la suite d'un premier accouchement heureux, mais long et pénible, M<sup>me</sup> S.... éprouva des cuissons au vagin et aux parties externes. Deux mois après, pendant quatre ou cinq jours, il y eut des douleurs assez vives aux reins et au bas-ventre, et des efforts assez semblables à ceux de l'accouchement ; l'hypogastre se gonfla, devint sensible ; il y eut de fréquents besoins d'uriner et une espèce de torpeur désagréable au fondement. Trois, quatre, plusieurs époques se passèrent de même, mais avec des symptômes plus violents. Bref, la santé se détériora et la malade consulta vainement à Montpellier et à Béziers.

En se plaignant que sa femme était fermée, le mari mit sur la voie du diagnostic, et l'examen pratiqué par MM. Guy et Bourguet fit reconnaître l'oblitération du vagin.

Mettant à profit une dépression profonde existant vers la fourchette, M. Bourguet y poussa la pointe d'une sonde crénelée aiguë, qu'il dirigea avec l'index gauche placé dans l'anus. A la profondeur d'un pouce, il baissa les ailes de la sonde et gagna de bas en haut vers un point fluctuant qu'il sentait au bout de son doigt. Ce ne fut qu'à la hauteur de près de deux pouces qu'il eut la conscience de plonger dans un fluide, et de suite, par la crénelure, il s'écoula *une matière blanche et d'une odeur rance*. Glissant dans la crénelure une autre sonde, il les écarta pour agrandir le passage ; ensuite, dans leur intervalle, il engagea les pinces et fit céder le vagin dans sa longueur. L'humeur blanche s'écoula alors plus abondamment et le doigt put arriver jusqu'au col. Un suppositoire de



liège, assez gros, traversé dans son étendue longitudinale par un tuyau de plume, fut placé dans le vagin.

La malade ne perdit presque pas de sang; les menstrues reparurent, et coulent aux époques ordinaires, seulement le vagin s'est rétréci, le suppositoire n'ayant pas été gardé un temps suffisant <sup>1</sup>.

*De la rétention des menstrues.* — S'il est des termes qui entraînent avec eux leur définition, il en est parmi eux dont l'usage a altéré le sens. Tel est le cas du titre de ce paragraphe; il ne signifie pas un groupe de maladies, ainsi qu'on l'a interprété dans un travail récent <sup>2</sup>, mais seulement un groupe de symptômes étroitement liés aux atrésies. En conséquence, sa description comporte divers ordres de phénomènes, les uns locaux, les autres de voisinage, tandis que d'autres peuvent être dits sympathiques ou généraux. Est-il, après cela, besoin de signaler leur importance; ne ressort-il pas de leur simple énoncé qu'ils mettent sur la voie du diagnostic, si même ils n'y conduisent pas?

Au temps fixé par la nature, on a les phénomènes qui signalent la venue des règles, on les a tous, moins l'écoulement. Ainsi se passe la première, peut-être encore quelques autres périodes, alors que la femme est débile; mais parfois, dès le début, le petit bassin est le siège d'une sensation de gêne et de pesanteur; les reins sont brisés, courbaturés, puis bientôt après deviennent le point de départ de douleurs qui vont mourir à l'hypogastre et au fondement. Les malades ressentent dans le bas-ventre une espèce de tortillement, ou bien encore ont la sensation d'un corps étranger qui tend à s'échapper par la vulve. Ces sortes de coliques ont une durée de trois à six jours, ou mieux, elles persistent pendant tout le temps où les règles devraient avoir lieu <sup>3</sup>; après leur disparition, les femmes vaquent à leurs affaires comme si le phénomène avait fait crise, mais par moments se manifeste un malaise indéfinissable, une lourdeur aux parties génitales. C'est en quelque sorte un souvenir du passé, et ce doit être un présage pour l'avenir.

---

<sup>1</sup> Guy; *Gazette de santé*, 1824, pag. 243.

<sup>2</sup> Bernutz; *Archives générales de médecine*, 1848, tom. XVII et XVIII, et 1849, tom. XIX.

<sup>3</sup> Il est quelques exceptions: chez l'opérée d'Amussat, le premier accès dura neuf jours et le second un mois.



Au retour d'une nouvelle époque, les mêmes phénomènes ont lieu, seulement par la répétition des crises ils acquièrent une intensité croissante. Il y a là, selon les sujets et selon les constitutions, une marche plus ou moins rapide dont il serait, sinon impossible, du moins oiseux d'exposer toutes les gradations : les douleurs rénales deviennent à la fois et plus fréquentes et plus vives, leur physionomie morbide s'accuse davantage et leur caractère franchement expulsif apparaît. Les femmes s'y méprennent parfois, et celles qu'une fraîche expérience a instruites, s'accordent avec les meilleurs observateurs pour les comparer aux maux de l'enfantement. Cette similitude est des plus fondées : comme ceux-ci, elles sont plus ou moins vives et soumises à des intermittences qui vont de quelques heures à quelques minutes ; comme ceux-ci, elles reconnaissent une même source, les contractions de l'utérus. En effet, au fur et à mesure de l'exhalation du sang, la matrice entre en contraction pour l'expulser ; et comme ses efforts n'aboutissent pas, les contractions se répètent jusqu'à ce que l'écoulement ait cessé et que les parties s'y soient habituées. Dans certains cas elles sont peu apparentes, dans d'autres au contraire la main, appliquée sur l'hypogastre, les perçoit et peut même les réveiller si elle a été préalablement refroidie ; en même temps la tumeur vaginale se tend et devient plus volumineuse. Enfin, il est des femmes qui éprouvent une sensation intérieure, que, l'imagination aidant, elles ont rapportée aux mouvements instinctifs du fœtus, et des sages-femmes et même des médecins se sont trouvés qui ont cru saisir les formes de l'enfant dans les irrégularités de la contraction fibrillaire. En résumé, les douleurs rénales, hypogastriques ou sacrées, ont pour origine les contractions de l'utérus et pour terme la cessation spontanée de celles-ci : dès que les filets nerveux, ramifiés dans la trame utérine, ne sont plus pressés ni tirillés en divers sens, elles diminuent et finissent même par disparaître complètement.

Ce calme relatif n'est pas de longue durée : au bout de cinq, quatre, et même trois semaines, on voit reparaitre les mêmes douleurs, le plus souvent aggravées. En même temps d'autres phénomènes viennent s'y joindre : l'accroissement successif de la tumeur, conséquence inévitable de la rétention mucoso-sanguine, la pression qu'elle exerce sur les organes voisins, produit des accidents variés. Vient-elle à presser sur les nerfs sacro-lombaires, elle détermine des fourmillements désagréables, engourdit et rend paresseux les



membres inférieurs. Dans un cas, observé il est vrai dans l'enfance de l'art, la persistance des douleurs fit croire à une goutte sciatique, et attira l'attention exclusive des médecins, au grand préjudice de la malade <sup>1</sup>. Chez une autre, la grande lèvre gauche était le siège d'une douleur qui la faisait boiter en marchant <sup>2</sup>. Presse-t-elle sur le rectum, elle empêche les matières fécales de franchir le sphincter de O'Beirn, et engendre avec la constipation des ténèsmes fatigants. Du côté des voies urinaires, on a non-seulement le ténèsme, la dysurie, mais encore la rétention et même l'incontinence. La dysurie se note surtout dans les imperforations de l'hymen; le bombement de cette membrane refoule le méat vers le pubis et fait que l'urine ne sort que goutte à goutte. La rétention causée par le refoulement de la vessie en haut et en avant, a été plusieurs fois l'occasion du diagnostic; on a reconnu l'obstacle en cherchant à pratiquer le cathétérisme. On peut citer à ce sujet les faits observés par Benevoli, Magnan, Coiffier et Pelletan.

L'incontinence, plus rarement mentionnée, est spontanée ou accidentelle. Dans le premier cas elle est consécutive à la rétention, dans le second elle tient à l'accomplissement des devoirs conjugaux par l'urètre. Tels sont les faits de Cowper, de Utili et de Fletcher. On peut rappeler à ce propos l'histoire d'un paysan qui, prenant au propre les paroles bibliques de son curé, chercha par cette voie un remède à la stérilité de sa femme.

Quelques observateurs signalent le gonflement, la tension et même l'éréthisme douloureux des mamelles; d'autres n'en font aucune mention ou n'en parlent que pour constater leur état normal. L'époque à laquelle a été fait l'examen donne les raisons de cette discordance: pratiqué au moment des règles, on peut trouver ce phénomène qui traduit la sympathie existant entre les glandes et les organes de la génération <sup>3</sup>; pratiqué dans l'intervalle ou en dehors de toute réplétion utérine, son absence est naturelle; néanmoins il est quelques exceptions, parmi lesquelles il faut ranger les faits de Bal et de Melchiori.

---

<sup>1</sup> Fabrice d'Aquapendente; *Des opérations chirurgicales*, ch. LXXXII. Lyon, 1658, pag. 743.

<sup>2</sup> Jamesson; *Annales de la chirurgie française*, 1842, tom. VI, pag. 108.

<sup>3</sup> Chez un sujet de 15 ans, le sein avait pris du volume, et le mamelon pressé procurait la sortie d'une sérosité jaunâtre. (Belloc; *Cours de médecine légale*, an x, pag. 47.)



Pendant les premiers mois, ce sont là les seuls troubles fonctionnels ; mais bientôt, et plus ou moins vite selon les sujets, d'autres viennent s'y joindre. Ces nouveaux phénomènes affectent soit l'estomac, soit le système nerveux. Du côté des voies digestives on a du dégoût, des nausées et même des vomissements. D'abord rare et cessant avec le rejet des aliments, on a vu ce dernier accident se répéter même en l'état de vacuité de l'estomac. Du côté du système nerveux il y a, avec un état singulier d'impatience, des horripilations, des suffocations et même de véritables accès de dyspnée. Tous les actes des malades en reçoivent un cachet particulier ; elles sont agacées, irritables, ne peuvent rester en place, et s'agitent presque incessamment. « A peine dans mon cabinet, écrit M. Chavariat, elle ne pouvait rester assise plus de trois à quatre minutes ; elle poussait des cris plaintifs et, se tordant sur elle-même, prenait appui sur tous les meubles qui lui tombaient sous la main. »

Chez une autre, l'acuité des douleurs était telle qu'elle était contrainte de se rouler par terre<sup>1</sup> ; une troisième menaçait de s'ouvrir le ventre si on ne l'opérait<sup>2</sup> ; enfin, une dernière avait au milieu d'un accès tenté de se suicider. Chez d'autres, il y avait en ce moment du délire, des actes qui tenaient de la folie, des convulsions plus ou moins intenses ; Eason a même noté sur son opérée de l'opisthotonos.

Concurremment, le calme devient de moins en moins prolongé ; les crises se rapprochent et reviennent tous les quinze et parfois même tous les huit jours ; bientôt même le calme, à proprement parler, n'existe plus, les douleurs se perpétuent, et la vie est une série de souffrances entremêlées d'exacerbations périodiques<sup>3</sup>. Qu'on ne l'oublie point, toutes les femmes n'en

---

<sup>1</sup> Filippini ; *Gazette médicale*, 1854, pag. 446.

<sup>2</sup> Hervez de Chégoin ; *Gazette médicale*, 1830, pag. 69.

<sup>3</sup> Chez une fille de 23 ans (*Gazette des hôpitaux*, 1856, pag. 351), les douleurs revêtent le type quotidien et durent de onze heures du matin à quatre heures du soir. Durant l'accès, il y a des coliques, des douleurs en barre qui partant des lombes s'irradient à tout l'abdomen. Les traits sont crispés, les cheveux en désordre ; la malade s'agite dans son lit, se tord, se courbe en deux et étreint les personnes qui l'approchent, puis se lève, se promène dans la salle en proférant des cris déchirants. Pendant ces accès il est impossible d'obtenir d'elle aucune parole ; pour toute parole elle jette une plainte, toujours la même et d'un ton toujours égal.



viennent pas là ; la maladie, comme la société, a ses privilégiées : s'il est des organisations de sensitive, il en est de vigoureusement trempées. Pour les premières, quelques mois suffisent pour les abattre ; pour les secondes, un laps de temps beaucoup plus considérable devient nécessaire. L'opérée d'Utili avait 28 ans, celle de Lane 55, et pourtant ni l'une ni l'autre n'étaient arrivées à la période dépeinte par les lignes qui précèdent. Quelques années de plus les y auraient-elles amenées ? C'est ce sur quoi on ne peut se prononcer, mais il n'en est pas moins acquis que, même en l'admettant, elles n'en auraient pas moins été favorisées<sup>1</sup>.

OBSERVATION VIII.

Imperforation de l'hymen. A 16 ans, début des accidents, marche rapide. — Au huitième mois, état très-grave qui cesse par l'opération. — Guérison.

Augustine Acart, d'une constitution robuste, avait, jusqu'à l'âge de 16 ans, offert les apparences d'une santé parfaite, lorsqu'elle fut prise, principalement tous les mois, de douleurs dans les lombes et à l'hypogastre qui revêtirent progressivement une intensité inquiétante. On y attacha d'abord peu d'importance, mais la position s'aggravant de plus en plus et simulant une sorte de dépérissement, M. Bidart fut appelé. C'était huit mois après l'invasion des premières douleurs.

La céphalalgie et l'insomnie sont continues ; la physionomie, qui est fortement contractée, a une teinte de souffrance remarquable. Aux moindres mouvements du tronc et des extrémités inférieures, il y a des douleurs inouïes dans la cavité pelvi-abdominale ; le décubitus dorsal est le seul possible.

La respiration est anhéleuse, précipitée, et une toux sèche se manifeste de temps à autre ; le pouls est vif et compte 120 pulsations.

L'anorexie est complète, la bouche pâteuse, et la langue, que recouvre un enduit blanchâtre, paraît comme aplatie ; tout l'abdomen et surtout l'hypogastre sont ballonnés et très-douloureux à la pression. Une tumeur oblongue, sans changement de couleur à la peau, occupe la partie supérieure de l'anneau inguinal gauche ; elle se laisse facilement déprimer pour reparaitre peu après. La peau, généralement décolorée, est le siège de transpirations nocturnes abondantes ; la maigreur est très-prononcée. Au lieu de trouver l'ouverture vulvo-vaginale, le toucher constate une tumeur qui la ferme complètement. Cette tumeur, presque sphéroïde, rénitente mais fluctuante, est insensible ; elle a environ trois pouces de diamètre et est formée par l'hymen imperforé et excessivement hypertrophié.

M. Bidart plongea la pointe d'un bistouri dans la partie inférieure de la tumeur et, y

---

<sup>1</sup> L'opérée de Chevalier vit se déclarer ces accidents à 36 ans.



substituant une sonde cannelée, incisa de bas en haut : alors s'écoulèrent brusquement d'abord, et ensuite plus lentement, environ deux livres d'un liquide extrêmement fétide et analogue, par la consistance et la couleur, à une bouillie épaisse de chocolat délayé dans de l'eau. En même temps disparurent le ballonnement du ventre et la tumeur oblongue de l'hypogastre; les douleurs abdominales et pelviennes furent considérablement diminuées, et la malade, toute joyeuse, put se mettre sur son séant et exécuter diverses contractions musculaires, naguère difficiles ou impossibles.

L'incision fut rendue cruciale, et un bourdonnet de charpie fut placé entre les lèvres de la plaie.

Le lendemain, l'état est très-satisfaisant, la céphalalgie a disparu et le sommeil a duré toute la nuit. La respiration s'exerce plus largement; la toux a diminué de fréquence et d'intensité. La fièvre est presque nulle et le ventre n'est plus que légèrement sensible à la pression. Le liquide qui s'écoule du vagin est moins abondant et consiste en quelques mucosités purulentes. (*Prescriptions* : Bouillon de poulet; injection mucilagineuse et détersive, demi-bain.)

Après huit jours de ce régime, la convalescence se prononça; une alimentation progressivement nutritive, la continuation des bains, des injections rendues légèrement astringentes, amènent en moins d'un mois la guérison. Depuis, les menstrues ont été régulières. (Dr Bidart, *Gazette médicale de Paris*, 1859, pag. 509.)

Si c'est là un exemple de précocité exceptionnelle, ce n'est point, tant s'en faut, le dernier degré de cette période. On a vu les appétits capricieux et bizarres faire place au dégoût le plus complet, et la répétition des vomissements, la prolongation des crises, amener la tristesse, la perte du sommeil et une maigreur consomptive. Le poulx, jusqu'alors nerveux, devient franchement fébrile; la face est à coloration changeante ou bien encore d'une excessive pâleur; enfin les traits, décomposés, crispés par la souffrance, ont parfois l'aspect hippocratique<sup>1</sup>.

Tel est le tableau des troubles qui apparaissent en dernier lieu et qui se montrent plus ou moins tard, suivant les cas. Et à ce sujet, il est de remarque que la cause et le siège sont indifférents : s'il est des faits qui prouvent qu'une cause accidentelle, un siège utérin, favorisent la violence des accidents, on peut en citer d'autres qui, dans des conditions identiques, se signalent par la bénignité des symptômes. Cependant, d'une façon générale, il est exact de dire que les accidents marchent plus vite dans les oblitérations; cela ne

---

<sup>1</sup> Bourguet (de Béziers); *Gazette de santé*, 1825, pag. 263.



tient pas, on le comprend, à la nature de l'obstacle, mais bien à l'exhalation sanguine et à sa quantité plus considérable. Tout le monde sait qu'une femme dans la force de l'âge perd plus abondamment qu'une fille pubère.

§ 2.

SYMPTÔMES PHYSIQUES.

Les parties externes de la génération se signalent en général par leur intégrité<sup>1</sup>. En ce qui concerne les atrésies congénitales, c'est même une règle sans exception : l'arrêt de développement est circonscrit à la zone moyenne, et, s'il retentit au-delà, il respecte la vulve. Le mont de Vénus est couvert de poils plus ou moins nombreux<sup>2</sup> ; les grandes lèvres ont leur longueur et leur volume habituels, parfois même on a noté leurs dimensions exagérées. Les petites lèvres sont, elles aussi, normalement configurées ; elles peuvent être plus ou moins développées, mais elles n'ont jamais fait défaut. Dans quelques cas, on a cru à leur absence ; elles n'étaient qu'effacées et elles ont reparu après la section de l'hymen. Le clitoris n'est remarquable ni par sa grosseur, ni par sa petitesse. Le méat a sa position ordinaire ; seulement, lorsque le vagin est distendu, il peut être refoulé et porté en haut ; parfois aussi il est dilaté au point de donner passage à l'index. D'ordinaire le périnée est normal ; dans trois cas pourtant il avait à peine quelques millimètres d'étendue.

Quant à l'entrée du vagin elle est, suivant les espèces, libre ou obstruée.

A. *Imperforation de l'hymen*. — Avant la puberté, l'hymen constitue un plan à peu près horizontal ; après, le sang qui s'accumule de mois en mois le rend convexe. La saillie qu'il accuse varie grandement ; nulle dans deux cas<sup>3</sup>, elle allait pour les autres du volume d'une châtaigne à celui du poing.

---

<sup>1</sup> Il est à peine besoin de le rappeler, dans tout ce qui suit on ne s'occupe que des atrésies proprement dites.

<sup>2</sup> L'absence des poils implique l'absence de la matrice et des ovaires ; faute de détails à l'endroit de quelques faits, je ne puis déterminer si la circonstance inverse est un signe certain de leur existence. Il est regrettable que les observateurs aient négligé cette particularité.

<sup>3</sup> Bouchet ; *Gazette médicale de Lyon*, 1858, pag. 373. — Toulmouche ; *Archives générales de médecine*, 1826, tom. XIX, pag. 237.



On l'a vue dépasser ces dimensions et rappeler la tête d'un fœtus recouvert de ses membranes au moment où elle couronne<sup>1</sup> ; mais c'est là l'exception, et son volume ordinaire est celui d'un petit œuf de poule. Quand cette membrane est fortement distendue, les petites lèvres sont effacées ; parfois aussi quelques fibres se rompent, et la muqueuse fait hernie à travers les éraillures<sup>2</sup>.

La coloration est rouge vif et même d'un beau rose ; elle n'est violacée ou rouge foncé que lorsque le sang est aperçu par transparence.

La tumeur est d'ordinaire rénitente et insensible ; elle devient tendue et douloureuse au moment des accès ; les efforts, la toux, les pressions de l'hypogastre la rendent plus manifeste. Le plus souvent il faut écarter les grandes lèvres pour la voir, d'autres fois cette précaution est inutile, tandis que dans quelques cas, l'accès ou la crise finie, la tumeur rentre spontanément. Cette dernière particularité, la forme conique de la tumeur, ont fait croire à une descente utérine. Si quelques-uns ont relevé cette similitude, Dubois de le Boë, Mauriceau, Amand, ont signalé des exemples de méprise<sup>3</sup>. Dans d'autres cas, on lui a trouvé l'aspect de la poche des eaux, et il s'est trouvé un médecin qui a commis cette singulière confusion<sup>4</sup>. Quant à la fluctuation, elle est facile à percevoir, grâce au peu d'épaisseur de l'obstacle ; au cas où elle serait douteuse, on a dans les pressions alternatives de l'hypogastre un moyen excellent pour la rendre manifeste.

B. *Atrésies du vagin*. — Lorsque l'imperforation est membraneuse, les résultats fournis par le toucher sont identiques à ceux précédemment signalés, avec cette différence que l'obstacle est plus haut placé. Lorsqu'au contraire l'atrésie est plus étendue, l'entrée du vagin peut être respectée, mais en tout cas les données fournies par le toucher sont beaucoup moins précises. A

---

<sup>1</sup> Vial ; *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, tom. V, 1837, pag. 230. — Daniel (de Cette) ; *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier*, 1842, tom. V, pag. 360.

<sup>2</sup> Osiander ; *Denkwürdigkeiten für die Geburtshülfe*, tom. II, ch. 1, pag. 3. Göttingue, 1794.

<sup>3</sup> Mauriceau ; *Traité des maladies des femmes grosses*, etc., 7<sup>e</sup> édit. Paris, 1740, tom. II, pag. 189, obs. CCXXXI. — Amand ; *Nouvelles observations sur la pratique des accouchements*, etc. Paris, 1712, in-8°, pag. 145, obs. XXXIV.

<sup>4</sup> Macaulay, in Smellie ; *Traité de la théorie et de la pratique des accouchements*, trad. par Preville. Paris, 1771, tom. II, pag. 19.



une distance variable, le doigt est arrêté; mais si à cela il reconnaît un obstacle, s'il peut en indiquer la nature suivant qu'il est lisse ou froncé, suivant qu'on sent un petit noyau interposé au milieu de plis radiés plus ou moins distincts, cela ne saurait suffire pour en apprécier l'épaisseur et l'étendue. Au-dessus il perçoit une tumeur tantôt ovoïde, tantôt conique, mais il ne peut en juger qu'imparfaitement la consistance et la nature. Le médecin serait donc fort perplexe s'il bornait là son examen, s'il négligeait les lumières fournies par l'exploration de la vessie et du rectum.

Le toucher rectal accuse une tumeur ronde, pâteuse, rénitente, remplissant tout ou partie du petit bassin. Ces données sont propres à tous les cas; seulement, suivant le siège de l'obstacle, la tumeur arrive plus ou moins près de l'anus. La douleur, mais surtout la répugnance qu'il provoque, y font peu recourir, à moins qu'on n'ait à respecter l'hymen. Cependant, combiné au toucher vaginal, il a une importance incontestée; il devient alors un moyen assez sûr pour mesurer l'étendue de l'obstacle. A cet effet, on introduit le pouce dans ce qui reste du vagin, et l'index de la même main dans le rectum. Si l'accumulation du sang est quelque peu considérable, l'index percevra dans la concavité du sacrum une tumeur saillante, assez élastique et nettement circonscrite inférieurement. En pressant fortement l'extrémité de ce doigt en avant et en dirigeant en même temps celle du pouce en arrière, on pourra, en faisant glisser l'index dans cette position le long de la paroi antérieure du sacrum, déterminer assez exactement la distance qu'il y a entre la surface inférieure de l'atrésie et la partie la plus déclive de la cavité située au-dessus d'elle, et on aura de cette façon une idée de l'étendue du tissu oblitérant. Si l'obstacle ne pouvait être atteint avec le pouce, on lui substituerait l'index de l'autre main ou bien une sonde métallique; les résultats, quoique moins précis, n'en auraient pas moins une valeur sérieuse.

Par la vessie comme par le rectum, on perçoit la tumeur; mais par ce mode d'exploration combiné au précédent, on accroit ses connaissances. Moins grande est sans doute son utilité lorsqu'un fragment de vagin existe, mais dans le cas contraire il est le seul contrôle des données fournies par le toucher rectal. En l'absence de l'accumulation du sang, il fait juger de l'état de développement de l'utérus; enfin, lui seul renseigne sur l'épaisseur du tissu oblitérant, sur l'intervalle qui sépare la vessie du rectum. A cet effet, une sonde



sera introduite dans la cavité urinaire, proménée dans tout le fond de cet organe, et généralement de dedans en dehors, alors que l'index placé dans le rectum la suivra dans son parcours. Le plus ou moins de facilité avec laquelle ce contact sera perçu, donnera la notion recherchée.

C. *Atrésies du col utérin.* — Les résultats acquis par le toucher ne diffèrent pas sensiblement de ceux dont l'exposition précède : si la tumeur est plus éloignée et partant moins accessible au doigt, la moindre épaisseur de l'obstacle rend plus aisée l'appréciation de sa nature.

Qu'on ne s'attende pas du reste à retrouver la forme anatomique du col, à lui voir sa configuration habituelle : quelle que soit la cause du cas qui incombe à l'examen, on trouvera cet organe raccourci, effacé, déformé, parfois même il ne fera au fond du vagin qu'une saillie insignifiante. La position primitive du méat, assez facile à saisir dans quelques cas, est dans d'autres insaisissable ; une sensation plus accusée de rénitence, une saillie acuminée, une différence légère dans l'épaisseur des tissus, sont parfois les seuls indices que l'on puisse recueillir. Quoique le toucher vaginal puisse à lui seul conduire au diagnostic, on ne fera pas mal d'y adjoindre l'emploi du spéculum. En faisant connaître l'état des parties, leur coloration, il fournira un complément utile sinon indispensable.

*Tumeur hypogastrique.* — Si l'on peut constater l'obstacle en tout temps, il n'en est pas de même des phénomènes qui suivent ; il est à peine besoin de le remarquer, leur venue coïncide avec l'établissement des règles, et leur physionomie est d'autant plus accentuée que celles-ci se sont plus souvent répétées. Ce sont là des phénomènes essentiellement contingents, et à ce titre éminemment variables dans leur marche comme dans le degré de leur manifestation.

Les premières modifications portent sur l'état de l'abdomen : au lieu d'être régulièrement arrondi, il devient dur et ballonné ; son volume s'accroît assez notablement : au début ce sont les gaz de l'intestin grêle, plus tard c'est le développement de la tumeur qu'il faut en accuser. La percussion constate une matité qui, d'abord restreinte aux alentours des pubis, s'étend de plus en plus, surtout en hauteur. Malgré cela, les parois de l'abdomen conservent leur chaleur naturelle ; on les voit le plus souvent rester insensibles à la



pression; parfois cependant, à l'époque des accès, elles deviennent douloureuses au plus léger attouchement.

La tumeur qui produit la saillie remarquée à l'hypogastre est l'utérus dilaté par le sang menstruel. Limitée en bas par l'obstacle, sur les côtés par la ceinture osseuse du bassin, elle a ses coudées plus franches en haut, aussi est-ce dans ce sens qu'elle se développe. D'abord contenue dans le pelvis, elle arrive vite à le déborder, puis et progressivement elle s'élève dans la cavité abdominale; elle passe ainsi par tous les volumes, arrive à celui d'une grossesse à terme, et peut même aller au-delà. Cela est rare sans doute, mais cela s'est vu : aux deux exemples que nous en reproduisons (obs. xv et xvi), nous pouvons encore ajouter ceux consignés dans la *Nosologie méthodique* de Sauvages<sup>1</sup>.

Les progrès de la tumeur ont lieu par saccades, d'une façon à peu près continue; elle augmente à l'époque des règles, s'abaisse ensuite, mais reste toujours plus volumineuse qu'elle ne l'était avant. Complètement sous la dépendance des règles, son mode d'être en trahit toutes les péripéties, et son mouvement ascensionnel reflète les quantités de sang déversées. Après avoir marché rapidement, elle peut, soit grossir moins vite, soit même rester tout à fait stationnaire; ou bien encore, affectant un ordre inverse, être lente au début et rapide plus tard. Ces variétés d'allure, possibles chez une même femme, se retrouvent lorsqu'on en considère un grand nombre; aussi, après quelques essais infructueux, on a dû renoncer à tracer le tableau de l'accroissement annuel subi par la tumeur hypogastrique. D'une part, la diversité des constitutions, la variabilité de l'écoulement; de l'autre, l'absence de dates précises, de mensurations exactes, conduisaient à des moyennes forcément erronées. Tout ce qu'on peut dire, c'est que plus l'obstacle se rapproche du col, plus la tumeur se développe rapidement. Il va de soi que c'est là une règle générale susceptible de nombreuses exceptions.

Quant à la forme, elle est généralement arrondie, globuleuse, parfois même régulièrement sphéroïde, alors que d'autres fois elle constitue un ovoïde allongé; sa position est d'ordinaire médiane; elle peut être aussi plus

---

<sup>1</sup> *Nosologie méthodique*; Paris, 1772, tom. IX, pag. 203. Vu leur description confuse, ces faits ne sont pas compris dans mon relevé.



ou moins inclinée : cette circonstance fit croire dans un cas que l'ovaire opposé manquait ; opinion assez singulière et forcément erronée, puisque pour la légitimer il fallait admettre l'absence simultanée de la corne utérine correspondante<sup>1</sup>.

En général, cette tumeur est unique, mais dans quelques cas il y en a deux et même trois. Ces tumeurs tiennent, soit à la division de l'utérus, ce qui est rare (quatre fois), soit à la dilatation des trompes, ce qui est un peu plus fréquent. Dans ce dernier cas, qui a une grande importance pronostique et que nous étudierons plus loin avec détail, la tumeur principale est flanquée d'un côté ou des deux d'un renflement ovoïde, mou et roulant sous le doigt. Amussat et M. Debrou ont constaté le fait, et MM. Schuh et Paget ont été à même de le vérifier à l'autopsie. Était-ce encore l'oviducte ou bien l'utérus qui constituait la tumeur du volume d'un œuf de poule dans l'observ. VIII ? C'est sur quoi nous n'osons nous prononcer.

Vaguement appréciable par le palper, alors que la tumeur est intra-pelvienne, la consistance l'est plus aisément lorsqu'elle a franchi le petit bassin. Dans l'intervalle des accès, c'est-à-dire lorsque les parois utérines sont dans le repos, on sent quelque chose de rénitent et de pâteux ; on a la conscience d'une ondulation prononcée, mais le contre-coup que procure le flot du liquide n'est point *net* comme dans l'hydropisie ascite<sup>2</sup>. Enfin, s'il y avait doute, la pression abdominale combinée au toucher vaginal achèverait de le dissiper.

A la percussion, la tumeur donne un son mat dans toute son étendue. Quant à l'auscultation, elle fournit un résultat négatif. Voici pourtant une exception constatée par notre distingué confrère, M. le docteur Tribes.

#### OBSERVATION IX.

Imperforation de l'hymen ; rétention des règles remontant à quatre ans environ ; bruit de souffle. — Opération et guérison.

Thérésine Villette, entrée le 10 juin 1859 à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, est une Arlésienne âgée de 18 ans, forte et robuste.

<sup>1</sup> Th. Paget ; *British medical Journal*, 23 juillet 1859, et *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1860, pag. 14.

<sup>2</sup> Je relève cette circonstance, car on a commis cette méprise ; tels sont : Naboth ; *De sterilitate mulierum*. — *Disputationes anatomicæ*, Haller, tom. V, pag. 239. Gœttingue, 1750. — Ballard ; *Principes de médecine légale de Metzger*. Paris, in-8°, 1813, pag. 497, note.



Bien que depuis environ quatre ans elle ait les apparences de la puberté, elle n'est point encore réglée : tous les mois cependant elle éprouve des douleurs particulières, mais ces douleurs, partant des lombes et de là s'irradiant à l'hypogastre, n'ont jamais été suivies d'un écoulement sanguin.

Une rétention d'urine qui remonte à quelques jours a motivé son entrée à l'hôpital.

A première vue, le développement du ventre, sa forme ovoïde, son insensibilité à la pression font penser à une grossesse, mais les antécédents et surtout l'auscultation, qui ne révèle qu'un *léger bruit de souffle*, éloignent cette pensée. On crut alors à une tumeur utérine, mais lorsqu'on voulut s'en assurer on trouva l'hymen imperforé.

L'hymen semble formé de deux muscles dont les fibres, fortes, très-apparentes, viennent s'entrecroiser sur la ligne médiane en un raphé charnu. A travers leur épaisseur (8 millimètres), on perçoit manifestement la fluctuation.

Le 15 juin, M. Tribes pratique une incision longitudinale, et donne issue à un flot de liquide noirâtre, mêlé à quelques grumeaux de mucosités, sans odeur : la quantité écoulée est de 4050 grammes. A la suite, il s'écoule un beau sang rutilant, récemment exhalé ; on est à l'époque des règles. La tumeur hypogastrique disparaît, mais par le toucher on constate que le col utérin est aminci, raccourci et dilaté, au point qu'il semble se continuer avec les parois vaginales. Une forte mèche cératée est placée entre les bords de l'incision.

Quoique l'opération ait été bien supportée, la malade est à peine au lit qu'il survient deux ou trois lipothymies.

Deuxième jour. On enlève et réapplique la mèche : écoulement de sang noir mêlé à des grumeaux ; pas de fièvre ; injection d'eau tiède.

Neuvième jour. L'appétit est bon et la santé générale excellente ; l'écoulement mucopurulent diminue, et les bords de l'incision se cicatrisent isolément. — Bains ; injection ; mèche.

10 juillet. La venue des règles fait suspendre le traitement : après une durée de trois jours, elles font place à un écoulement blanc ; on touche alors, et on constate que le vagin et l'utérus sont revenus sur eux-mêmes, mais que le col est toujours béant et mollassé.

Depuis sa sortie, les menstrues se sont montrées régulièrement ; elle a pris de l'embonpoint et a acquis de la fraîcheur.

### § 5.

#### COMPLICATIONS.

Nous comprenons sous ce titre : 1<sup>o</sup> les écoulements par les voies génitales ; 2<sup>o</sup> l'hystérie ; 3<sup>o</sup> la chlorose ; 4<sup>o</sup> les fistules vagino et utéro-vésicales.

Les écoulements muqueux ont été rarement mentionnés ; ils ne sont pas cependant impossibles, et on a à noter un cas dans lequel cette sécrétion



était tellement abondante que la malade en était vivement préoccupée<sup>1</sup>.

Quant aux écoulements sanguins, ils sont excessivement rares et à la fois très-importants à connaître ; car si l'on n'était pas prévenu on pourrait, d'après le fait de leur existence , croire à une bonne conformation alors qu'il n'en serait rien. Voici du reste en quelques traits ces exceptions.

Une fille voyait par la vulve quelques gouttes de sang, et pourtant ni l'œil ni le stylet ne faisaient constater aucune fissure sur l'hymen, qui se trouvait imperforé<sup>2</sup>. Une autre, opérée par Dussosoy, avait eu pendant quelques jours, en novembre 1784 et mai 1785, une perte sanguine<sup>3</sup>. Une troisième, à laquelle le mariage avait été conseillé, vit paraître un écoulement sanguin quatre mois après : il fut très-abondant et dura huit jours ; il reparut encore une fois, mais après un assez long intervalle<sup>4</sup>. Quelle était la provenance de ce sang ? Transsudait-il à travers l'obstacle placé au col, ou bien venait-il du vagin pour les deux derniers cas ? Pour le premier, avait-il passage à travers l'hymen, ou bien était-il exhalé par la muqueuse des parties externes de la génération ? C'est ce sur quoi on ne peut se prononcer. Nous serons moins réservé à l'égard du fait rapporté par Delmas<sup>5</sup>. « Une fille de 24 ans, très-lubrique, entra à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi pour se faire opérer d'un hymen imperforé si fort et si épais, qu'il paraissait cartilagineux. Le citoyen Poutingon, alors gagnant maîtrise, se contenta de fendre la membrane en croix et de maintenir les bords écartés par une tente de charpie ; mais malgré ses soins les règles continuèrent à couler par le fondement, comme elles faisaient auparavant. » N'est-il pas rationnel de conclure qu'ici le col s'ouvrait dans le rectum ?

Dans les *atrésies complexes*, dans les cas où les deux moitiés de l'utérus sont également développées, les règles peuvent exister et manquer tout à la fois ; en d'autres termes, le pouvoir exhalant étant pareillement distribué, à chaque menstruation une partie du sang s'écoule, tandis que l'autre stationne et dilate la corne obstruée.

<sup>1</sup> et <sup>2</sup> Il s'agit du même sujet ; *Gazette médicale de Lyon*, Bouchet, 1858, pag. 373.

<sup>3</sup> Dussosoy ; *Journal de médecine, de chirurgie, etc.*, 1785, tom. LXV, pag. 606.

<sup>4</sup> Jobert de Lamballe (obs. XXVIII).

<sup>5</sup> Delmas ; Thèses de Montpellier, 27 messidor an VII, pag. 15.



OBSERVATION X.

Début des accidents à 15 ans, au moment de l'établissement de la menstruation. — Douleurs lombaires et hypogastriques, tumeur dans la fosse iliaque gauche augmentant à chaque époque. — Tumeur en arrière et sur le côté gauche de l'utérus ponctionnée. — Péritonite mortelle. — Épanchement de sang altéré dans le ventre, résultant de la rupture de la trompe gauche énormément dilatée. — Sang altéré dans cette trompe, dans l'utérus gauche, et le canal vaginal attenant, qui est séparé du vagin droit par une cloison membraneuse présentant l'ouverture de la ponction. — Utérus et trompe droite sains, ainsi que les deux ovaires. (Décès; *Bulletins de la Société anatomique*, 1854, pag. 222.)

Une fille de 16 ans, lingère, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, et ayant les attributs de la santé la plus florissante, entre à l'hôpital La Riboissière le 16 mai 1854. Réglée depuis un an environ, la menstruation s'est difficilement établie, et à chaque époque la malade ressent des douleurs très-vives dans les lombes, ainsi qu'au niveau de la symphise du pubis, en même temps qu'une sensation très-incommode vers l'utérus; les règles sont très-peu abondantes et ne durent en général qu'un jour et demi à deux jours. Il y a huit mois, elle s'est aperçue qu'une tumeur dure et légèrement mobile se développait dans la région de la fosse iliaque gauche; son accroissement a été continu jusqu'à ce jour, mais très-lent. A l'époque des règles, la tumeur devient turgescence et douloureuse; la douleur disparaît après la menstruation, la tuméfaction diminue aussi; mais, après chaque époque, la malade a remarqué que la tumeur conservait un volume plus considérable que pendant le mois précédent. Elle a été traitée chez elle pour une affection squirrheuse.

Les fonctions digestives s'exécutent bien, il y a cependant une constipation assez tenace depuis quelques mois. Bruit de souffle léger dans les carotides, intermittent; pas de souffle cardiaque. Le ventre est bien conformé; c'est à peine si l'on remarque une légère élévation du côté gauche, où se trouve la tumeur; celle-ci paraît du volume du poing d'un adulte robuste; on la sent immédiatement à travers les parois abdominales, qu'elle repousse un peu. La forme est triangulaire, à angles arrondis; un de ses côtés, l'interne, est placé à environ 2 centimètres de la ligne blanche; le côté supérieur arrive presque à l'épine iliaque gauche, et la base semble se confondre avec le ligament de Poupart. La tumeur est dure, comme fibreuse, très-légèrement bosselée; en pressant les téguments, on l'enfonce dans le bassin, surtout par sa partie supérieure, la base restant toujours comme confondue avec l'arcade crurale. La pression en masse est indolente; la pression circonscrite est tantôt indolore, tantôt douloureuse. Parfois aussi des douleurs lancinantes sont ressenties. La malade, étant vierge, n'a pu être touchée par le vagin; mais en introduisant le doigt dans le rectum, on sent en avant une tumeur dure, à peu près indolore, se prolongeant supérieurement au-delà des limites que le doigt peut atteindre et se terminant en



bas à une petite distance de l'anus. Cette tumeur donne au toucher la même sensation que donnerait un utérus augmenté de volume.

Le 29 mai, la fluctuation est perçue à travers les parois abdominales.

Le 10 juin, les règles manquent, quoiqu'il y eût depuis deux jours quelques phénomènes de congestion utérine ; elles ne se montrèrent que onze jours après, à la suite de l'application de quatre sangsues à la partie interne des cuisses ; elles durent deux jours et sont peu abondantes, comme de coutume.

Le 26, la malade est touchée par le vagin, et, à l'aide du trocart explorateur, une ponction est pratiquée à la partie inférieure de la tumeur. Immédiatement après la ponction, il ne s'écoule rien, quoique la canule ait été retirée remplie d'une substance épaisse couleur chocolat, ayant toute l'apparence du sang décomposé ; la consistance est celle d'un sirop concentré. Pendant la journée, il s'écoule un liquide de même nature tout à fait semblable. Plusieurs alèzes en sont salies ; l'odeur en est fétide. Le soir, la malade est prise de frissons ; fièvre, 120 pulsations, quelques vomissements. Les jours suivants, les vomissements continuent ; délire, fièvre ardente, ventre très-douloureux, persistance de l'écoulement de la matière fétide couleur chocolat.

Mort le 30 à quatre heures du matin.

**Autopsie**<sup>1</sup>. — A peine quelques traces de péritonite ; épanchement dans la séreuse d'environ 200 grammes d'un liquide semblable à celui qui, pendant la vie, s'écoulait par la ponction, mais moins épais. Ce liquide provient de la trompe gauche.

L'utérus et le vagin sont doubles ; le lobe droit, plus petit qu'à l'état normal, est celui qui a fourni le sang des règles ; quant à la ponction, elle a porté sur la cloison qui le sépare de son congénère. Le lobe gauche, imperforé vers son milieu, est très-dilaté au-dessus de l'obstacle.

L'utérus correspondant a un volume normal ; il contient un liquide analogue à celui trouvé dans l'abdomen et offre, à la réunion de son bord droit avec son bord gauche, l'ouverture de la trompe.

Celle-ci, d'abord normale, constitue une poche à parois molles, peu épaisses, d'une couleur d'un bleu noirâtre, subdivisée en plusieurs cavités qui communiquent les unes avec les autres et sont séparées par des cloisons plus ou moins complètes, toutes peu épaisses ; elle présente une déchirure de 0,015 millimètres et contient encore un peu de liquide à odeur très-fétide. Le pavillon a contracté des adhérences nombreuses avec les organes avoisinants. La consistance des parois de la poche kystique est à peu près celle du placenta.

Voici les dimensions des deux utérus et de leurs annexes :

---

<sup>1</sup> J'ai résumé cette autopsie, et me suis attaché à la rendre plus claire qu'elle ne l'est dans l'original.



Utérus droit.		Utérus gauche.	
Longueur du col...	0,040	Largeur du col.....	0,030
Longueur du corps.....	0,060	Largeur du corps.....	0,075
Largeur du corps (partie moyenne)..	0,035	Largeur du corps (partie moyenne)..	0,075
Circonfér. du corps (partie moyenne).	0,010	Circonférence.....	0,155
		Épaisseur de la paroi du corps.....	0,010
Vagin droit.		Vagin gauche.	
Hauteur. ....	0,110	Hauteur.....	0,080
Circonférence au-dessus de l'hymen.	0,090		
Circonférence (partie moyenne).....	0,095		
Circonférence (partie du col utérin)..	0,070		
Trompe droite.		Trompe gauche.	
Longueur, depuis son insertion à l'utérus jusqu'à l'extrém. du pavillon.	0,12	Long., depuis son insertion jusqu'à l'endroit où elle s'élargit en kyste.	0,10
Ovaire droit.		Ovaire gauche.	
Grand axe.....	0,05	Petit, placé en dedans et au-dessus du kyste.	
Petit axe.....	0,03		

Ces faits et quelques autres (obs. iv) démontrent péremptoirement qu'il peut y avoir atrésie et tout à la fois écoulement de sang par les voies génitales, en même temps qu'ils spécifient les conditions dans lesquelles il peut se produire. Il est bon d'être prévenu de leur possibilité; car, comme cette particularité a en général une autre signification, on pourrait, sur cet indice, s'endormir dans une sécurité trompeuse et croire à une bonne conformation, alors qu'il n'en serait rien. Si c'est là un nouveau symptôme à inscrire dans l'histoire des atrésies, ce n'est point, tant s'en faut, un élément de clarté pour leur diagnostic: il a la singulière destinée de n'éclaircir rien par sa présence, et de n'avoir quelque valeur qu'alors qu'il est absent.

#### OBSERVATION XI.

Imperforation du col utérin. A 18 ans, début des accidents; à 19 ans, palpitation, dyspnée, céphalalgie, vomissements, appétits bizarres, phénomènes hystériques. — Incision. — Guérison. (Cabaret (de Saint-Malo); *Journ. de la Société de médecine prat. de Montpellier*, décembre 1844, pag. 119.)

M<sup>lle</sup> F... R..., arrivée à l'âge de 18 ans, se plaignait de lassitude dans les membres, d'un sentiment de gêne et de tension à l'hypogastre, d'une douleur qui, partant des lombes, s'irradiait vers les aines, les lombes, les cuisses et s'étendait parfois même jusqu'au dia-



phragme, d'insomnie, de céphalalgie gravative et d'étourdissement. Le pouls s'accéléra et, par moments, de larges taches rouges se manifestèrent au visage. Les saignées, les sangsues aux cuisses, les bains, le fer, tous les emménagogues connus furent impuissants à calmer ces douleurs comme à déterminer l'éruption des règles.

A 19 ans, palpitation, dyspnée, céphalalgie plus intense, dégoûts, nausées, vomissements, appétits bizarres, bourdonnements d'oreille et autres troubles tantôt d'une fonction, tantôt d'une autre; tristesse insurmontable, grande tendance à la paresse. La jeune personne devient craintive, morose et extrêmement impressionnable; du côté de l'abdomen, on observait un sentiment de chaleur, de douleur sourde avec tuméfaction marquée à l'hypogastre, une sensation de pesanteur vers la cavité pelvienne, des coliques ayant le caractère de tranchées utérines et parfois un remarquable gonflement des mamelles.

Après avoir duré cinq à six jours, le calme survenait pour quelques semaines; les mêmes souffrances avaient lieu de nouveau, amenaient chaque fois une augmentation plus sensible du bas-ventre et s'accompagnaient presque toujours d'accès d'hystérie.

Le 10 juin 1842, leur caractère fut tel qu'elle se roulait par terre et menaçait de se suicider. En même temps, elle se livrait à des efforts d'expulsion analogues à ceux de l'accouchement. La soif était vive, la face rouge et animée, le pouls dur et fréquent; jamais les crises n'avaient eu cette violence. De temps à autre, cet état faisait place à un accès caractérisé par des palpitations de cœur fortes et tumultueuses, une agitation générale, convulsion des membres et du tronc, trismus; respiration fréquente, laborieuse, entrecoupée, avec menace de suffocation; sensation d'une boule ascendante, constriction spasmodique à la gorge et autres phénomènes hystériques.

Le corps de l'utérus ne présentait au palper ni bosselure ni aucune partie solide. L'auscultation n'y faisait découvrir ni doubles battements ni bruit de soufflet. A deux pouces et demi de profondeur, le toucher faisait constater par le vagin une tumeur fort résistante, lisse et très-tendue. Au spéculum, on voyait seulement une membrane obturatrice, légèrement fluctuante, faisant une petite saillie.

L'incision avec le bistouri donna issue à deux litres au moins d'un sang noir et épais. Une sonde en gomme élastique fut placée dans l'utérus et fixée par des rubans à un bandage de corps. Un mouvement fébrile s'étant manifesté dans la journée, on pratiqua une saignée du bras et quelques injections émollientes. Pendant la nuit, le sang s'écoula graduellement par la sonde.

Le lendemain, le ventre offrait peu de sensibilité à la pression; le liquide, qui fluait passablement abondant, était noirâtre et gluant. (*Prescriptions* : bouillon de veau; injections émollientes, demi-bain répété matin et soir.)

Après une dizaine de jours, la sonde fut retirée; la convalescence s'établit, les règles apparurent et les accès d'hystérie ne se montrèrent plus.

Aux troubles de la rétention se joignaient ici des accès d'hystérie franche-



ment caractérisés. Est-ce là une complication ordinaire ? On répondrait hardiment par l'affirmative et on compterait autant d'hystériques que de sujets, si cette maladie n'avait d'autres causes que celles signalées par Galien : la rétention d'un prétendu liquide spermatique et du sang menstruel. — Mais comme cette théorie est fautive de tous points, que les organes génitaux de la femme n'en sont pas davantage le siège, on ne sera point surpris de nous voir répondre négativement. Si même il en était encore besoin, la proportion minime de 1 sur 25 ajouterait un nouvel argument à ceux que M. Briquet a consignés dans son remarquable Traité. Sur ce nombre, relativement restreint, le manque de détails, la rapidité de la cure, amènent à douter qu'on ait toujours eu affaire à l'affection si tenace connue sous le nom d'hystérie<sup>1</sup>.

Quoi qu'on en ait prétendu, la *chlorose* est, tout comme la précédente, une complication exceptionnelle. On ne peut disconvenir néanmoins que quelques-uns des troubles notés dans diverses observations lui appartiennent ; mais de là à la considérer comme inséparable de la rétention des menstrues, il y a une distance qu'on n'eût pas dû oublier. En effet, la rapidité de la cure, le prompt rétablissement des opérées, la régularité consécutive des menstrues, écartent, pour la plupart des cas, l'idée de cette complication. Au reste, la chlorose est en soi une complication peu redoutable, et ses inconvénients sont, dans l'espèce, amplement rachetés : en mettant un terme à l'exhalation sanguine, elle enraie le développement de la tumeur et prémunit la femme contre les dangers d'une trop grande distension des organes génitaux.

Plus exceptionnelles encore, mais plus graves aussi, sont les *fistules vaginalo* et *utéro-vésicales*. Engendrées par la cause qui a donné lieu aux atrésies et survenues dans les trois cas à la suite d'un accouchement, on ne leur connaît et on ne leur connaîtra jamais que des inconvénients. Jusqu'à présent

---

<sup>1</sup> Caspari Bauhini *Theatrum anatomicum*. Paris, 1621, lib. I, cap. XXIX, pag. 133. — Delisle; *Journal de Sédillot*, tom. LXVI, pag. 94. — Cabaret, Basse Maison; *Annales de la médecine physiologique*, 1828, tom. XIII, pag. 520. — Coley; *Archives de médecine*, 1833, tom. II, pag. 585. — Textor; *Gazette médicale de Paris*, 1847, pag. 850, 2 obs. L'hystérie apparut deux mois après l'opération et cessa avec la venue des règles. — Cabaret (de Saint-Malo); *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1854, pag. 340. — Boyer; *Traité des maladies chirurgicales*, tom. X, pag. 429. — Locatelli; obs. III du mémoire. — Puech; obs. XXI. — Delpech; *Mémorial des hôpitaux du Midi*, tom. II, pag. 147. — Cabaret; obs. XI du mémoire.



elles sont restées une infirmité pour la vie : il y a lieu d'espérer en l'avenir, et notamment en la méthode américaine <sup>1</sup>.

## CHAPITRE V

### Terminaisons.

Les atrésies comptent plusieurs modes de terminaison, inconnus pour la plupart ou à peine indiqués par les auteurs. Si on ne savait par expérience combien cette étude avait été en général négligée, on pourrait croire qu'ils ont été l'objet d'un dédain affecté. Il est, je pense, inutile de faire ressortir leur importance et leur utilité : comment prévenir un danger dont on ignore la possibilité ; comment aviser d'une manière efficace au traitement, si on ignore les tendances naturelles de la maladie ? Disons-le avant d'en faire l'exposé, ces divers modes ne sont pas également avantageux, mais tous sans exception ont pour origine les troubles que la présence d'un obstacle jette dans la menstruation.

### DÉVIATION DES RÈGLES.

On dit qu'il y a *dévi*ation lorsque, les règles manquant, il se produit tous les mois, à des époques périodiques, un écoulement de sang. Ces hémorrhagies, à sièges divers : — les poumons, l'estomac, l'intestin, la bouche, le nez, les yeux, etc., peuvent leur donner naissance, — sont à vrai dire morbides, mais en l'état elles constituent pour la femme une sorte de bénéfice. Pendant que la fluxion est ainsi distraite de son siège ordinaire, que l'un ou l'autre des points précités se congestionne, l'utérus reste en repos, le sang n'est pas exhalé et ne distend point sa cavité. Entre autres exemples, on peut citer cette demoiselle de Cologne chez laquelle des hémorrhagies nasales te-

---

<sup>1</sup> Jobert (de Lamballe); Fistule utéro-vésicale. (*Bulletin général de thérapeutique*, 1845, tom. XXVIII, pag. 210.) — Meerck; *Zeitschrift für die gesammte Medizin de Openheim*. (*Union médicale de Paris*, 1847, pag. 552.) — Obs. V ; les deux dernières observations concernent des fistules vésico-vaginales.



naient lieu de règles <sup>1</sup>. Une fille qui souffrait depuis quatre ans des mêmes accidents fut opérée ( il s'écoula quelques gouttes de sang mélangé avec un peu de matière lactescente, quelques grammes seulement ) ; les epistaxis disparurent, et quinze jours après il y eut, pendant trois jours, une menstruation régulière et abondante <sup>2</sup>. Une autre fille opérée par mon maître et ami M. le professeur Courty, ne perdit que quelques gouttes de sang noir, épais et visqueux, et pourtant les accidents la tourmentaient depuis dix ans. Voici du reste, avec tous ses détails, cette observation inédite.

OBSERVATION XII.

Imperforation du col utérin. Accidents remontant à dix ans; déviation des règles; ecchymoses et ulcérations des membres pelviens.— Opération.— Guérison.— Établissement des règles.

Voici les renseignements fournis par M. le docteur Dax, qui avait vu la malade avant qu'elle me fût présentée.

« Le 5 mars 1852, je fus appelé dans un village voisin de Sommières, pour une personne malade depuis dix ans.

» Cette personne, âgée de 28 ans, non mariée, est fortement constituée; elle a même de l'embonpoint, mais son teint est peu coloré ou plutôt légèrement plombé. Tous les mois, régulièrement, elle est sujette à de vives souffrances : ce sont d'abord des maux de tête, de la lourdeur, une tension de l'abdomen, puis des douleurs de reins, des coliques et même des efforts d'expulsion analogues aux maux de l'enfantement. Ces souffrances durent en tout une huitaine de jours, mais elles ne persistent avec leur maximum d'intensité que pendant un à trois jours. Après cela, restaient un brisement général, un dégoût, etc., qui cessaient un peu à l'apparition de plaques violacées sur l'abdomen et sur les deux membres pelviens. Ces plaques, véritables ecchymoses, étaient tantôt plus, tantôt moins nombreuses; leur couleur tournait au vert, au jaune, puis disparaissait par une dégradation insensible, jusqu'à ce qu'une crise nouvelle les fit reparaitre.

» Depuis quelque temps, les crises se rapprochaient; de plus, les jambes fluxionnées périodiquement étaient devenues le siège d'ulcérations étendues.

» Les règles n'avaient jamais paru.

» Plusieurs médecins avaient été consultés, mais aucun n'avait soupçonné la véritable cause du mal. Ainsi, l'un d'eux, praticien très-renommé, avait conseillé le mariage, ce qui, joint à un certain air plaisant, avait vivement offensé la demoiselle; un autre, fort estimé aussi, n'avait vu d'autre remède que les bains de mer.

---

<sup>1</sup> Fabrice (de Hilden), centur. III, obs. 60.

<sup>2</sup> Bouchet; *Gazette médicale de Lyon*, 1858, pag. 373.



« J'annonçai un obstacle matériel à la sortie du sang menstruel, et proposai une exploration qui fut autorisée : le vagin était libre, mais le col était imperforé.

« Je donnai à cette personne l'espoir d'être délivrée de ses souffrances, et après quelques jours de réflexion elle me dit qu'elle et sa famille étaient décidées à l'opération, si M. Courty partageait ma manière de voir. »

Quand cette personne vint me trouver, je constatai les traces de la déviation menstruelle, non-seulement sur l'abdomen et les membres inférieurs, mais encore sur le vagin. Malgré la présence de l'hymen, on put introduire un spéculum à recouvrement, et noter que la muqueuse vaginale, d'un rouge vif dans toute son étendue, présentait des places plus foncées, ici rouge-brun, là violacées, et qu'elle laissait perspirer quelques gouttes de sang. Au toucher, le corps utérin n'était point tuméfié, et le col avait à peu près sa position normale. Quoique regardant un peu plus en arrière que dans l'état habituel, il se laissa assez facilement saisir par le spéculum. Il était un peu plus volumineux que d'ordinaire et comme hypertrophié; il était très-rouge, légèrement ramolli, mais indolore, et présentait en son centre une légère dépression, mais pas d'ouverture.

Pour pratiquer l'opération, je fis construire une sonde cannelée, longue de 50 centimètres environ, portée sur un manche de bois marqué d'un signe sur la face répondant à la cannelure, et deux bistouris de la même longueur, l'un pointu, l'autre boutonné, tranchants seulement à leur extrémité dans l'étendue de 2 centimètres, arrondis dans le reste de leur étendue jusqu'au manche.

Assisté de M. le docteur Dax, je pratiquai l'opération le 28 avril 1852. Le col ayant été saisi et fixé à l'aide du spéculum, je piquai avec le bistouri pointu à l'endroit où se trouvait la dépression, et poussai l'instrument dans la direction de l'axe du col à la profondeur de 0,015 millimètres; après quoi j'introduisis la sonde cannelée et parvins à la faire pénétrer dans la cavité utérine, où je sentis qu'elle se mouvait assez librement pour être sûr de sa pénétration. Je conduisis alors le bistouri boutonné dans la cannelure de la sonde, et, l'ayant dirigé alternativement en avant et en arrière ainsi que sur les côtés, je fis un débridement multiple de quelques millimètres d'étendue et à la profondeur de 5 centimètres environ, en partant de l'orifice vaginal artificiel que je venais de créer.

Outre un petit écoulement de sang rouge rutilant, produit par les incisions, quelques gouttes d'un sang noir, épais, visqueux, s'échappèrent, mais ce fut tout; nous n'en fûmes du reste nullement surpris, vu l'absence de dilatation du corps de la matrice.

Aucun accident ne survint; j'introduisis chaque jour des sondes en caoutchouc d'un calibre croissant, et laissai partir la malade.

Le mois suivant, je recommençai la dilatation méthodique du col, j'y revins même une troisième fois; mais l'ouverture s'étant maintenue et la menstruation s'étant établie, sinon avec abondance du moins avec régularité, la malade éprouva dès-lors une telle amélioration, qu'elle se considéra comme guérie. Je conseillai néanmoins les bains de mer pour combattre les altérations que sa santé générale avait subies.



Depuis lors j'ai appris que M<sup>lle</sup> X... s'en trouve si bien, qu'elle les prend tous les ans. Elle continue du reste à être parfaitement réglée.

Faut-il rattacher à une déviation menstruelle l'hémorrhagie urétrale observée tous les mois chez les malades de Lisfranc et de Carteaux, ou bien faut-il y voir l'indice d'une communication spontanée établie entre la vessie et l'utérus? On ne saurait être longtemps en suspens : si le premier accident n'a rien de caractéristique, il en est autrement pour le second ; de violentes coliques le précèdent et un écoulement spécial le suit. Dans le fait de Lisfranc, l'un et l'autre manquent, et pourtant dix-sept mois s'étaient écoulés depuis la suppression des règles. Pour la malade de Carteaux, il existait des douleurs périodiques dont les saignées modéraient l'intensité, mais l'écoulement ne fut pas constitué par un sang visqueux, couleur lie de vin, comme il advient dans ces circonstances <sup>1</sup>.

La durée de la déviation varie suivant les sujets : elle peut être momentanée, disparaître au bout d'un ou deux ans, se prolonger davantage et même persister toute la vie. Dans une oblitération du vagin, M. Meerck a noté un dévoiement sanguin qui procura un soulagement momentané. Chez la femme dont Kennedy a parlé, le calme et l'écoulement sanguin par le nez, la bouche et l'anus durèrent pendant tout une année ; nonobstant, et c'est en cela que cette observation se distingue, lorsque seize ans après on recourut à l'opération, on ne trouva pas de sang à l'intérieur de l'utérus. Après avoir eu tous les mois, de 15 à 15 ans, des crachements de sang, Caroline Wiel les vit disparaître et faire place aux phénomènes de la rétention <sup>2</sup>. Enfin, au moment où j'écris ces pages, le hasard, cette providence des chercheurs, me met entre les mains un exemple vivant et sans analogue dans la science, de la ténacité de ces déviations.

---

<sup>1</sup> Lisfranc ; *Archives de médecine*, 1827, tom. XV, pag. 470. — *Revue médicale*, 1827, tom. III, pag. 321. — Carteaux ; *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1830, tom. I, pag. 154. Les deux relations, semblables en quelques points, diffèrent assez pour admettre qu'il s'agit de deux individus.

<sup>2</sup> Maisonneuve ; *Gazette des hôpitaux*, 1849, pag. 389.



OBSERVATION XIII.

Imperforation du col utérin : légers troubles menstruels ; varices de la face, du front et du cuir chevelu suivies d'hémorrhagies ; épistaxis fréquentes cessant avec l'âge critique.

Anne Rouverol , épouse Bon , demeurant à Nîmes , rue de la Fayence , n° 12 , est âgée de 47 ans environ ; sa taille est petite , ses membres sont grêles mais bien conformés. Son père est mort , il y a quelques années , d'un cancer de l'estomac ; sa mère a succombé jeune à une affection aiguë de l'abdomen ; elle n'a pas eu de sœur et ses trois frères se portent bien.

Vers l'âge de 15 ans la menstruation fit mine de s'établir , ou , pour parler plus exactement , la malade éprouva les symptômes avant-coureurs des règles sans en avoir l'écoulement caractéristique. Ces accidents furent du reste excessivement légers , car ce n'est qu'en y revenant qu'elle a fini par se les remémorer. A cette occasion elle consulta divers médecins et suivit diverses médications , mais toutes restèrent sans résultats. Le mariage qu'elle contracta un an après ne changea rien à sa situation ; avec son premier mari comme avec le second , elle n'a jamais eu ni règles ni signes de grossesse , mais elle a éprouvé divers accidents dont je vais m'attacher à fournir un récit fidèle.

Vers 17 ans , les légers troubles qu'elle accusait vers le bassin , les espèces de coliques qu'elle ressentait mensuellement , disparurent et firent place à des maux de tête fréquents. A la suite et conjointement , la figure se modifia et acquit progressivement la physionomie qu'elle a aujourd'hui ; nous en donnons plus bas la description , pour le moment nous nous bornerons à dire que ces modifications sont dues à des varices des veines faciales et temporales superficielles et de leurs affluents.

Ces varices , dis-je , s'accrurent petit à petit , mais à certaines époques elle acquéraient un développement énorme , et ses souvenirs sont corroborés sur ce point par le témoignage d'une de ses voisines. A certaines époques aussi , une d'elles s'ouvrait au sommet de la tête et donnait issue à une quantité plus ou moins considérable de sang. A l'en croire , l'endroit de cette déchirure correspondait exactement à l'endroit où , en juillet 1850 , elle avait eu une plaie contuse , suite d'un coup de pierre. Quoi qu'il en soit , ces hémorrhagies n'avaient rien de périodique ; leur apparition soulageait la malade , loin de la fatiguer , mais leur retour avait lieu à des intervalles plus ou moins éloignés.

De temps en temps aussi , il se produisait une congestion considérable des vaisseaux de la muqueuse oculaire gauche , mais une fois seulement ( 30 novembre 1862 ) il s'est écoulé au milieu de la nuit du sang par cette voie. Si , comme on peut le voir aujourd'hui encore , cette congestion continue à se produire , il n'en est plus de même pour les hémorrhagies qui se faisaient au sommet de la tête : depuis 1852 elles n'ont plus reparu , et ont fait place à des épistaxis fréquentes et plus ou moins considérables. Celles-ci à leur tour ont cessé depuis environ un an et demi.



Comme, malgré ces hémorrhagies, *le sang lui faisait la guerre*, pour nous servir de l'expression usitée chez les personnes de cette classe, elle avait la précaution, au printemps et à l'automne, de se faire tirer une livre de sang. Cette coutume était ancienne, car elle ne peut se rappeler l'époque où elle lui a été prescrite pour la première fois.

Quant à la difformité de la face, elle est due, ainsi que je l'ai dit, à l'état variqueux de la veine temporale superficielle et surtout de la veine faciale. Il y a des degrés, mais on peut dire que ces vaisseaux y participent dans tout leur parcours, ainsi que leurs affluents. Le maximum de dilatation est à la racine du nez et sur la partie droite du front. Il y a là, par rapport aux autres, deux varices énormes : l'une part de l'angle interne de l'œil gauche et se réunit à sa voisine sur le front, à la racine des cheveux ; son trajet est courbe de gauche à droite et ses replis énormes rappellent par leur disposition l'arrangement des grains d'un chapelet : il y en a six à la suite les uns des autres. L'autre varice est plus affaissée, mais elle a dû être plus volumineuse ; ses parois sont plus larges, et, lorsqu'on y porte les doigts, on dirait que toute la peau du front est soulevée par un énorme vaisseau. Il n'y a point, du reste, de battements, et la peau est en cet endroit jaune et luisante. Ce vaisseau chemine en décrivant des flexuosités moindres que celles du précédent. L'œil droit disparaît sous la tuméfaction des paupières. L'une et l'autre sont œdématiées, en même temps que parcourues par une foule de petits vaisseaux. Au-dessous, ainsi que sur le nez, il y a une teinte rouge vinacée produite par l'injection d'une foule de capillaires. Comme l'autre côté de la face a été respecté, il en résulte un aspect étrange de la physionomie. Le dessin que j'en donne permet de s'en rendre un compte suffisant.

On le conçoit, ce n'était point pour une semblable difformité qu'elle m'avait fait demander ; elle a malheureusement d'autres maux qui sont autrement dangereux. Depuis seize mois environ, c'est-à-dire depuis la cessation des épistaxis, elle a des douleurs de reins à la suite desquelles sont survenus des abcès par congestion. Au mois de juillet dernier, quand je la vis pour la première fois, l'un d'eux s'était ouvert deux mois avant à la partie supérieure de la cuisse gauche, et un second était imminent à l'aîne droite. Il s'est ouvert et a déterminé des accidents très-graves qui ont failli emporter la malade. Je n'insiste pas, car j'ai hâte d'en venir à ce qui concerne les organes de la génération.

A part des pertes blanches plus ou moins abondantes, elle n'a eu de ce côté d'autres troubles que ceux précédemment mentionnés.

Les parties génitales ont extérieurement leur conformation normale ; le vagin a sa forme et sa longueur habituelles ; quant à la matrice, elle n'est ni hypertrophiée ni atrophiée ; pour tout dire en un mot, elle a le volume qu'elle présente chez les nullipares.

Le col utérin paraît au premier abord bien configuré ; la forme en est conique et virginale ; le doigt n'y saisit aucune altération, mais il y constate l'absence du méat. Pourtant, au milieu et un peu en avant, il sent une petite dépression. Est-ce là le méat rétréci ou bien en est-ce le vestige ? C'est ce qu'il convenait de rechercher.

L'examen au spéculum trancha la question en faveur de la dernière hypothèse ; la dé-



pression, que cacherait une petite lentille, n'était suivie d'aucun canal. A défaut de stylet, la pointe d'un crayon s'y trouve arrêtée.

Je n'ai pas cru devoir pratiquer l'opération; l'état de la malade m'a paru la rendre inutile.

En résumé, les atrésies peuvent avoir pour symptôme et même pour terminaison la déviation des règles. Quel que soit le cas, on est autorisé à intervenir : ce ne saurait être une guérison, et c'est parfois une habitude difficile à déraciner. M. Debout en a fait l'expérience. Une fille de 21 ans, réglée depuis cinq ans par l'urètre, a vu, malgré l'opération, les règles suivre ce cours anormal. Il y a, à cette époque, un ténésme vésical, ce qui, à mes yeux, concourt à faire admettre que la muqueuse de la vessie est bien le siège réel de l'exhalation.

#### RUPTURE DE L'OBSTACLE.

Connue dès la plus haute antiquité, puisque Aristote l'a explicitement signalée, cette terminaison est, de toutes, la seule véritablement favorable; car, en mettant un terme aux accidents de la rétention, elle rétablit les voies génitales et fournit au sang ultérieurement exhalé son issue naturelle. Plus souvent désirée qu'obtenue, elle n'a été jusqu'à présent observée que dans les cas les plus simples, c'est-à-dire dans ceux où l'obstacle avait une médiocre épaisseur.

Le premier mode compte sept faits : l'âge varie de 18 à 22 ans; l'époque est celle d'un paroxysme, et de violentes coliques en sont le prélude obligé. Le siège était cinq fois à la vulve<sup>1</sup>, deux fois au vagin<sup>2</sup> et une fois au col. Voici ce dernier fait, qui nous est propre :

---

<sup>1</sup> Wier; *De prestigiis dæmonium*, lib. II, cap. 38. — Bartholin; centur. V, obs. 43. — Eschenbach; *Obs. med. chir.*, pag. 8. — Lafitte; *Revue de thérapeutique du Midi*, tom. X, pag. 44. — Scanzoni, *loc. cit.*, pag. 476.

<sup>2</sup> Delisle; *Journal général de médecine*, tom. LXVI, pag. 94. On peut admettre que le second obstacle siégeait au col. — Kiwisch, in Scanzoni, *loc. cit.*, pag. 420 : l'ouverture était irrégulière et en forme d'entonnoir.



OBSERVATION XIV.

Atrésie du col suite d'inflammation. — Accidents menstruels. — Rupture de l'obstacle et écoulement d'un sang noir à la suite d'un paroxysme.

Joséphine Is.... est une fille de 25 ans, forte, robuste et sujette à de nombreux accès d'épilepsie.

Les menstrues ont apparu à 15 ans et ont, jusqu'à ces derniers temps, présenté une régularité parfaite. Les circonstances dans lesquelles elles se sont supprimées peignent mieux que toute épithète l'intelligence de cette fille.

Dans les premiers jours du mois d'août 1857, elle se trouvait seule dans une aire lorsqu'elle fut accostée par un individu de son village. Après s'être apitoyé sur son sort, il lui offrit de la guérir.

Le moyen est trop simple pour n'être pas compris à demi-mot.

La pauvre innocente n'eut rien de plus pressé que d'aller raconter le fait à sa marâtre ; elle n'eut pas lieu de s'en applaudir : elle fut fortement réprimandée et aurait même été battue sans l'intervention de son père.

Cet événement fit époque dans sa vie : les règles, qui se montraient à la fin du mois, ne reparurent plus. A leur place se manifestèrent des douleurs de reins, des maux d'estomac et parfois des vomissements. Cet état, qui durait de quatre à cinq jours, nécessita le lit et s'accompagna d'accès d'épilepsie plus violents ; en même temps le ventre se développait.

Cet accroissement progressif, rapproché des autres circonstances, fit admettre l'existence d'une grossesse. Le médecin de l'endroit consulté partagea cette opinion, et le 21 janvier 1858 cette fille entra à la Maternité de Toulon, pour y rester jusqu'après ses couches.

Vu le certificat du médecin, je m'abstins de la visiter ; ce fut seulement un mois après qu'il fut procédé à son examen.

L'abdomen est développé comme au cinquième mois de la grossesse ; par le palper, on perçoit au-dessus du pubis une tumeur arrondie occupant tout le petit bassin, qu'elle débordait en haut. Cette tumeur n'est autre chose que l'utérus amplifié.

Le col utérin est arrondi, dur, un peu abaissé et légèrement raccourci ; la muqueuse du vagin a sa coloration normale. L'extrémité du col est conique, et le méat ne laisse point échapper de mucus glaireux. On ne détermine point de ballotement, mais la main placée à l'hypogastre constate avec la transmission du mouvement une sorte de fluctuation. Le stéthoscope, placé en divers points, ne perçoit aucun bruit. Les seins sont gonflés, fermes, mais l'aréole n'en est point brunâtre.

C'était là une rétention des menstrues. Au moment où l'on se proposait d'aviser à la cure, la violence des douleurs expulsives amena la rupture de l'obstacle placé dans la cavité du col. Un flot de sang noir, épais, s'écoula de l'utérus, et fut suivi pendant huit jours



d'un écoulement goutte à goutte, auquel succédèrent des flueurs blanches. Le ventre s'affaissa, les douleurs disparurent, et le toucher fit constater un méat largement entr'ouvert, admettant la phalange unguéale. De son côté, l'utérus est revenu sur lui-même, mais il est resté un peu plus volumineux qu'il ne l'est chez les filles nullipares.

Quelque temps après, le 30 mars, elle retournait dans sa famille après avoir eu une perte sanguine qui n'était autre chose que ses règles.

Le second mode compte quatre faits<sup>1</sup> : la pression continue de la colonne sanguine est l'agent, et le sphacèle de l'obstacle le résultat. Dans celui de Allaire (d'Héricy), les accidents remontaient à dix-sept mois ; la tumeur avait le volume d'un très-petit œuf de poule, et l'hymen présentait deux points noirâtres, l'un au centre, l'autre sur le côté. Celui-ci s'ouvrit le premier et donna issue au contenu de la tumeur. Dans celui de M. Demeaux, l'oblitération avait été précédée par un accouchement laborieux, et des sondes durent être employées pour dilater le méat qui était survenu au centre. Enfin, dans les deux derniers<sup>2</sup>, la gangrène vint compléter l'opération, que l'on n'avait pas eu le courage d'achever.

#### RUPTURE DES ORGANES CONTENANTS.

En même temps qu'il se butte contre l'obstacle, le sang agit sur les cavités qui le contiennent : il les rend plus capaces, mais parfois c'est aux dépens de l'épaisseur des parois. Cette remarque, faite il y a longtemps, a été surtout vérifiée pour l'utérus : soit que sa circulation ne soit plus en rapport avec ses besoins nouveaux, soit que la dilatation par saccades contrarie l'évolution des fibres musculaires, toujours est-il que celles-ci ne se forment pas rapidement comme dans l'état de grossesse. Dans un cas où le fond de l'organe atteignait à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic, les parois n'avaient que 8 à 9 millimètres d'épaisseur ; dans un autre où la matrice contenait 4 kilogrammes de sang, on les trouva minces comme une feuille de papier. Ce sont là, heureusement, des circonstances exceptionnelles, mais il suffit qu'elles

<sup>1</sup> Les plaques gangréneuses signalées par Borel (de Condom) eussent amené la perforation de l'hymen, s'il leur eût laissé le temps d'agir.

<sup>2</sup> Barth; *Gazette médicale de Strasbourg*, 1844, pag. 222. — Blandin; *Gazette médicale de Paris*, 1846, pag. 57.



se présentent quelquefois pour qu'on ait lieu de craindre la rupture des parois.

OBSERVATION XV.

Oblitération spontanée du col, rétention du sang. — Mort à la suite d'un paroxysme. —  
Perforation du fond de l'utérus et épanchement du sang dans le péritoine.

Une dame cessa d'être menstruée à 40 ans; à 50, elle s'aperçoit qu'une tumeur se développe dans le ventre; celui-ci augmente progressivement et devient énorme. Au milieu d'un paroxysme, elle éprouve une sensation particulière dans le ventre: dès ce moment, les douleurs cessent, la tumeur de l'hypogastre disparaît, et la mort survient le lendemain.

A l'ouverture, on trouve la cavité péritonéale remplie par une énorme quantité de sang noir et corrompu. L'utérus était resté dilaté et béant; ses parois consistantes et épaisses s'amincissaient vers le fond de ce viscère, qui en cet endroit offrait une ouverture à bords déchirés. Le col utérin était cartilagineux et complètement oblitéré.

Des accidents inflammatoires peuvent précéder la déchirure et des adhérences venir fixer l'utérus à une partie quelconque du tube digestif. S'il s'établit alors une fistule, le sang aura là un débouché plus ou moins avantageux; conciliable avec la vie, s'il s'agissait du rectum, cet état sera promptement suivi de mort, s'il s'agit de l'estomac ou d'une partie qui l'avoisine.

OBSERVATION XVI.

Oblitération du col par une tumeur stéatomateuse, rétention du sang. — Perforation de l'utérus et de l'estomac. — Mort.

G..., 55 ans, ayant cessé d'être menstruée depuis quatre ans, eut, après un abus de coït, un flux sanguin par la matrice qui se reproduisit à des époques irrégulières. Au bout de quelque temps, le sang disparut et le ventre se tuméfia au point de descendre jusqu'aux genoux; vomissements répétés d'une matière analogue au marc de café; marasme et mort.

Le col était repoussé et oblitéré par une tumeur stéatomateuse existant au côté droit et au-dessus de ce col. L'utérus, énormément développé, à *parois excessivement minces*, contenait une quantité prodigieuse d'une matière analogue à celle que la malade avait vomie, et qui remplissait également l'estomac et le duodénum. On trouva une perforation dans un point où l'utérus et l'estomac adhéraient ensemble<sup>1</sup>.

Au lieu de précéder la rupture, les accidents inflammatoires peuvent suivre,

---

<sup>1</sup> Les observations XV et XVI sont extraites de Duparcque; *Traité des ruptures de la matrice*, 1839, pag. 13 et 14.



et le résultat n'est alors pas moins fâcheux. L'observation de Rokitansky en est une preuve trop curieuse pour ne pas être signalée. L'utérus était bifide et la moitié gauche était imperforée. Sous l'influence de la rétention menstruelle, des accidents inflammatoires survinrent et perforèrent la cloison : bornée à ce résultat, leur action n'était que bienfaisante; portée au-delà, c'est-à-dire sur l'ovaire et le péritoine, elle devint fatale à la malade<sup>1</sup>.

Les déchirures de l'utérus ont une gravité moindre lorsqu'elles siègent en dehors du péritoine et qu'elles ont une petite étendue. Quoique encore possibles, l'inflammation de la séreuse et l'épanchement de sang dans la cavité péritonéale sont beaucoup moins à redouter : le liquide chassé de l'utérus sait se faire un parcours, se créer une issue. Après avoir écarté le tissu cellulaire, décollé la vessie du vagin, il perforera en dernier lieu la paroi vésicale. Une fille, souffrant depuis neuf ans d'une atrésie du vagin, perd par le méat une livre environ d'un *liquide épais, inodore, d'un rouge brun*. En même temps, le ventre s'affaisse, devient souple, et la malade croit être guérie. Malheureusement, des accidents inflammatoires surviennent et amènent la mort quarante jours après. On trouve, entre autres altérations, les trompes dilatées, remplies de sang et donnant naissance à un canal qui s'étendait jusqu'à la petite cavité placée près de la vulve<sup>2</sup>.

Au lieu de s'obturer, la communication peut devenir définitive et constituer une voie inattendue pour l'écoulement menstruel. Une fille de 17 ans, malade depuis deux ans, manquait de vagin. Après avoir incisé transversalement la membrane obturatrice, Fréteau dissèque dans la profondeur de 4 à 5 lignes, *tant avec la pointe du bistouri qu'avec le bout du doigt*, le tissu cellulaire, puis plonge le trocart dans la tumeur et donne issue à dix onces d'une matière épaisse couleur lie de vin. Pendant la seconde nuit, la sonde en gomme élastique se déplace et ne peut être réintroduite. Durant le cours de la journée, la malade urina trois fois, et à chaque fois les urines furent teintées d'une matière semblable à celle qui avait passé par la sonde. Pendant huit jours il en fut ainsi, puis les urines devinrent naturelles; mais tous les

---

<sup>1</sup> *Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1860, n° 31. Ce fait a été relaté par la *Gazette hebdomadaire*, 1860, pag. 701, d'après les *Annales de Canstatt*.

<sup>2</sup> Boyer, *loc. cit.*, pag. 447.



mois, à la suite de quelques douleurs abdominales, elles sortent sanguinolentes pendant sept à huit jours. Cinq ans après l'opération, plusieurs médecins de Nantes constatèrent cette particularité<sup>1</sup>. En 1857, M. Désormeaux a présenté à la Société de chirurgie une femme opérée par Bérard dix-sept ans auparavant. Elle est revenue consulter à cause des douleurs violentes qu'elle éprouve chaque mois pendant quinze jours ou trois semaines, et qui n'ont été calmées que par une hématurie mensuelle. Celle-ci, après s'être reproduite durant dix-huit mois, a disparu pour ne revenir qu'à de grands intervalles. La faute en est à la malade, qui est sortie avant que l'opération fût achevée. Le vagin a conservé néanmoins ses dimensions; il est tapissé par une membrane rose, semblable à la muqueuse vaginale, mais lisse et sans rides; il se termine par une cloison sur laquelle le doigt sent une bride antéro-postérieure et que l'on voit en recourant au spéculum. Le toucher par le rectum fait reconnaître un utérus assez bien conformé, mais un peu plus gros qu'à l'état normal<sup>2</sup>.

A en juger d'après le silence de ces narrations, ces fistules vésico-utérines ou vésico-vaginales ont des inconvénients nuls ou à peu près nuls, et, à part les phénomènes qui préparent leur établissement, leur existence ne se trahit que par l'écoulement urétral. L'urine, dont on avait lieu de craindre le contact irritant sur la muqueuse utérine, reste inoffensive, quoique, dans le dernier cas, une large voie lui fût ouverte, puisque la *sonde introduite par la vessie arrivait assez facilement dans la cavité où se trouvait le col utérin*. Au reste, on a d'autres exemples de cette innocuité, et l'on peut citer à l'appui les quelques faits dans lesquels M. Jobert (de Lamballe) a obturé des fistules vésico-utérines avec la lèvre postérieure du col.

La cloison recto-vaginale peut être amincie<sup>3</sup>, et l'on comprend qu'elle fi-

---

<sup>1</sup> On a deux relations de ce fait : la première a été donnée par Nicolon, dans sa thèse (Strasbourg, 9 décembre 1808); la seconde, qui me paraît préférable, a été publiée par Fréteau dans divers journaux de l'époque : *Annales cliniques de Montpellier*, 1810, tom. XXIII, pag. 350; *Bulletin des sciences médicales*, septembre 1810; *Journal général de médecine*, 1812, tom. XLIII, pag. 54 (il y a dans cet article une réponse aux critiques dont cette observation avait été l'objet); enfin, même *Journal*, 1814, tom. XLIX, pag. 59.

<sup>2</sup> Désormeaux; *Gazette des hôpitaux*, 1857, pag. 170.

<sup>3</sup> Amand; *Nouvelles observations sur la grossesse*, in-8°. Paris, 1712, obs. CXVII, pag. 312.



nisse par céder sous les efforts répétés d'une colonne sanguine heurtant violemment contre les fèces entassées par une constipation opiniâtre. Quoique possible, le cas ne s'est point encore présenté : Fabrice de Hilden, Becker, Delmas et Beyran ont vu, il est vrai, les règles s'écouler à travers cette cloison, mais tout semble indiquer que la cause de l'atrésie a été celle de la perforation.

#### DILATATION DES TROMPES PAR LE SANG MENSTRUEL.

Quoi qu'on en ait dit, cette terminaison est moins rare que celle qui précède, et malheureusement elle ne vaut pas mieux. Elle n'est jamais une source de guérison et elle est fréquemment une cause de mort.

On croit l'avoir surabondamment démontré ailleurs<sup>1</sup>, tant que les voies génitales sont libres, le passage du sang de l'utérus dans les trompes est une erreur, une chimère de physiologie pathologique ; mais il devient une vérité indéniable lorsque la femme est imperforée. Nonobstant, il reste toujours une rareté, une exception. Que sont, dans ces conditions excellemment propices, 16 faits pour plus de 500 observations ?

On peut distribuer en trois périodes les diverses phases de cette terminaison : la première comprend tous les efforts, toutes les tentatives par lesquelles les *ostia uterina* sont forcés ; la deuxième, la poussée du liquide dans les trompes et la dilatation progressive de leurs parois ; la troisième, enfin, son expulsion.

Postérieure à l'ampliation de l'utérus, mais contemporaine de sa dilatation, la première période s'effectue petit à petit et, pour ainsi dire, pas à pas ; elle use les résistances, plutôt qu'elle ne les emporte ; en un mot, elle est l'affaire du temps, plutôt que de la violence des contractions utérines. On ne connaît d'elle que ses effets ; on ignore quand elle débute et quand elle finit, et, quelque intéressant que cela fût, quelque utile que cela pût être, il est peu probable qu'on le sache jamais.

Dès que les *ostia uterina* sont forcés et que les lèvres de la fente restent béantes par suite de leur contractilité perdue, le passage du liquide de l'utérus

---

<sup>1</sup> De l'hématocèle péri-utérine et de ses sources ; Montpellier, 1858, pag. 49. — Voy. aussi *Gazette hebdomadaire*, 1859, pag. 40.



dans les trompes devient un phénomène purement physique soumis aux lois de la capillarité. Aidé ou non par les contractions utérines, le liquide s'insinue dans le canal qui lui est ouvert, s'entasse goutte à goutte et dilate, à la façon d'une éponge préparée, les parois dans lesquelles il est renfermé. Cette dilatation ne porte pas également sur tout le parcours des trompes. Tandis que la moitié interne a son calibre à peine augmenté, l'autre moitié arrive fréquemment à des dimensions doubles. Elle peut aller même plus loin : dans le cas déjà cité de Boyer, la trompe droite était un peu moins grosse que le poing, tandis que la trompe gauche contenait de huit à dix onces de sang. Dans un autre publié par M. Paget, la capacité n'était pas moins considérable, puisque chacune d'elles pouvait renfermer une pinte de liquide. A ces divers degrés, cette lésion est susceptible de diagnostic, et elle n'a été si souvent méconnue que faute d'y avoir regardé. En interrogeant les bords latéraux de l'utérus distendu, on eût trouvé à leur extrémité supérieure, mais plus bas que le fond, sur l'un ou l'autre, ou sur tous les deux, une tumeur plus ou moins grosse, molle, ovoïde et roulant sous le doigt. La constatation de ces tumeurs est un indice certain de la distension des trompes et une notion dont on doit tenir un compte sérieux dans le pronostic.

L'expulsion du contenu a lieu, soit par l'*ostium uterinum*, soit par le pavillon. De ces deux modes, le dernier est le plus fréquemment observé, et par malheur c'est le plus dangereux. Cet accident a été noté quatorze fois : l'hymen constituait l'obstacle dans quatre cas ; dans huit autres, le vagin était oblitéré dans une plus ou moins grande partie de son étendue ; enfin, dans les deux derniers, le col était oblitéré. De ces atrésies, deux seulement étaient d'origine accidentelle et avaient été précédées par une couche laborieuse.

Si l'on n'a que des notions vagues sur les précédentes périodes, il n'en est pas de même pour celle-ci. On est au courant de son début par les accidents qui surgissent, et on n'est que trop bien renseigné sur sa fin. Quelques points restent cependant encore obscurs. Ainsi, on n'a que des données incertaines sur la cause occasionnelle de la projection du sang. Est-elle le fait d'une trop forte distension des parois ? obéit-elle aux lois de la pesanteur, ou bien doit-on en accuser les contractions vermiculaires de l'organe ? On doit avouer qu'on n'en sait rien, et présumer que tout cela y concourt dans une certaine mesure. On a encore incriminé les injections, auxquelles on recourt après



l'opération ; mais, quoi qu'on en ait dit, ce reproche ne paraît pas fondé : pratiquées avec les ménagements usuels, elles ne peuvent en aucune façon chasser le liquide dans les trompes, et on peut invoquer à l'appui leur innocuité dans les nombreux cas où elles ont été mises à contribution. Enfin, il en est qui ont accusé la déplétion trop rapide de l'utérus par le fait de l'opération. Le retrait de cet organe agirait sur les trompes et provoquerait les contractions nécessaires au détachement des caillots. Bref, on aurait là une cause occasionnelle incontestable. Tout en reconnaissant le bien fondé de cette opinion, on ne saurait l'admettre sans quelques restrictions. L'accident s'est produit dans les observations de Félix Plater, de Hemmam, de Munck et de Bernutz, bien que la cavité utérine n'eût point été vidée de son contenu.

OBSERVATION XVII.

Oblitération du vagin : à 17 ans, début des accidents qui de mois en mois augmentent d'intensité ; dix mois avant la mort, tumeur hypogastrique. Dans un effort, affaissement de la tumeur, et quelques heures après début d'une péritonite mortelle le quatrième jour. — Utérus augmenté de volume contenant du sang ; trompes énormément distendues ; fissure de la partie frangée de la trompe droite ; épanchement du liquide menstruel dans le péritoine.

Le 24 octobre 1857, je fus appelé auprès de R. S..., âgée de 18 ans, qui était à la dernière extrémité. Son pouls à peine perceptible était extrêmement fréquent ; sa peau était couverte d'une sueur froide et visqueuse ; elle marmottait, avait le faciès hippocratique et des déjections alvines continuelles. Elle mourut quelques heures après.

J'appris que cette fille n'avait jamais été réglée, qu'environ dix-huit mois auparavant elle avait beaucoup souffert de la tête, des reins et des membres, d'un sentiment de lourd tiraillement dans la région pelvienne, et de violentes douleurs expulsives. Ces symptômes revenaient toutes les cinq semaines, persistant plus longtemps à chaque nouvelle apparition et augmentant d'intensité pendant que les intermissions devenaient plus courtes et moins parfaites, en sorte qu'à la fin même il n'y avait plus d'intermission, mais seulement des exacerbations qui revenaient toutes les quatre ou cinq semaines.

En janvier, la partie inférieure de l'abdomen avait commencé à se développer, une douleur profondément située et tensile se fit sentir dans le bassin ; tous les autres symptômes s'aggravèrent, et les vomissements vinrent s'y ajouter de temps en temps. Cependant la malade se livrait à ses occupations et prit des préparations de fer, d'après le conseil d'un praticien du voisinage.

Le 20 octobre, pendant qu'elle était à la garde-robe, elle sentit, suivant son expression, quelque chose s'ouvrir en elle, et son ventre diminua immédiatement. Dans la soi-



rée, elle se plaignit d'une douleur abdominale si vive que le lendemain elle ne pouvait supporter la moindre pression. Il y avait eu beaucoup de chaleur à la peau, de céphalalgie et un peu de dyspnée; les genoux étaient fléchis sur l'abdomen; les traits s'étaient contractés presque aussitôt; des nausées, des vomissements et une grande difficulté à uriner avaient apparu successivement.

L'abdomen contient 12 à 14 onces anglaises d'un fluide rouge sombre et épais, ressemblant à du sang épanché depuis longtemps. Partout où le péritoine est en contact avec ce fluide, il est teint en rouge, et quand on l'enlève on reconnaît une congestion vasculaire qui, sur quelques points même, est couverte d'une couche mince de lymphé plastique.

L'utérus, flasque, beaucoup plus gros que le poing d'un homme fort, contient 4 à 5 onces du fluide péritonéal. Les trompes de Fallope étaient énormément distendues, à tel point que je pus y passer le petit doigt. A l'extrémité frangée de la trompe droite, qui était complètement fermée, il y avait une fissure d'environ deux lignes, à bords déchiquetés, formant une communication entre la cavité de l'abdomen et l'utérus. La muqueuse utérine était un peu rougeâtre.

En poursuivant l'examen, je trouvai un obstacle au passage du doigt à travers le vagin; il était formé par l'apposition des parois du canal, et leur réunion par une cicatrice résistante. Cette cicatrice, longue de un pouce  $\frac{1}{2}$  à 2 pouces, était constituée par une substance dure et élastique qui ressemblait beaucoup à du cartilage; je ne pus rien trouver qui ressemblât à un hymen. (Munck; *London medical Gazette*, 1841, tom. xxvii, pag. 867, — et *Gazette médicale de Paris*, 1841, pag. 595.)

Ajoutez à cette liste les efforts dont l'observation xvii fournit un spécimen, et vous aurez une nomenclature complète des causes occasionnelles. La venue de cette période coïncide en général avec la crise menstruelle, et n'a lieu qu'après que celle-ci s'est plusieurs fois répétée. Du reste, on a à relever entre chaque cas des différences profondes. A côté des femmes qui ont succombé seulement à la huitième année (trois fois), on peut mettre en regard celles qui ont été affectées dix-huit mois (trois fois), et même treize mois (deux fois) après le début de la menstruation. Ces différences, tout individuelles, ne se relient point à un siège différent de l'obstacle, comme on pourrait le croire *à priori*.

Dès que le liquide menstruel s'est écoulé, soit par le pavillon, soit par les déchirures qu'il a produites, les petites tumeurs s'affaissent et se dérobent à l'explorateur, pendant que de nouveaux symptômes surgissent ou sont prêts à éclater. Grâce à l'observation précédente et au tableau qu'elle en donne,



nous n'aurons pas à y insister, nous nous bornerons à dire que la péritonite en fournit les traits principaux, que douze fois sur quatorze la mort en a été la suite immédiate, et que dans quelques cas la marche a été si rapide, que les caractères anatomiques de l'inflammation ont manqué<sup>1</sup>.

Dans les cas qui n'ont point eu ce dénouement, l'inflammation n'a pas fait défaut; seulement, au lieu de s'étendre à toute la séreuse pelvi-abdominale, elle s'est circonscrite autour du liquide épanché. Ainsi enkysté, ce liquide constitue une nouvelle espèce d'hématocèle péri-utérine, avec cette différence qu'elle est anormale, qu'elle contient des matériaux autres que le sang, et qu'elle ne saurait se terminer par résolution. La douleur accusée dans la fosse iliaque gauche par l'opérée d'Amussat, tenait à une semblable cause, et ne disparut définitivement que lorsqu'il eut été rendu le dixième jour par l'*anus* une assez grande quantité de sang en tout semblable à celui qui était sorti après l'opération. Ce phénomène se répéta plusieurs fois pendant une douzaine de jours<sup>2</sup>. Il en fut de même chez la fille observée par M. Bernutz, avec cette différence qu'elle survint avant toute opération, et que la fistule tubo-rectale persista<sup>3</sup>. Voici un extrait relatif à cette particularité : « Les accidents duraient depuis six ans environ, lorsque, poussée par un de ces caprices d'appétit appelés envies, elle saute du mieux qu'elle peut pour atteindre des cerises qui étaient hors de portée de sa main; en retombant sur les pieds, elle éprouve dans le ventre une sorte de craquement qui se produit avec un bruit très-fort. Elle rentre aussitôt et s'aperçoit en se déshabillant qu'elle a un abondant écoulement de pus par l'*anus*. Au bout de quinze jours, au lieu de ces saletés, comme elle les appelle, elle évacue du sang noir, bien caractérisé et en assez grande quantité, pendant quatre semaines.

<sup>1</sup> Moore; *Gazette des hôpitaux*, 1840, pag. 9. — Brodie; *London medical Gazette*, tom. XXVII, pag. 810. — Paget; *British medical Journal*, 2 juillet 1859, cité par la *Gazette hebdomadaire* (1860, pag. 14) et par MM. Bernutz et Goupil. — Félix Plater; *Suites de couches*. — De Haen; *Congénial*. — Décès, obs. x. — Locatelli, obs. III. — Boyer; *Congénial*. — Maisonneuve; *ACCIDENTEL*, *Gazette des hôpitaux*, 1862, pag. 66 et 98. — Schuh; *Congénial*. — Munck; *Congénial*, obs. XVIII. — Hemman; *Congénial*. — Pauly; *Maladies de l'utérus*, d'après les leçons de Lisfranc, pag. 230. Ce fait est douteux.

<sup>2</sup> Amussat; *Gazette médicale*, 1835, pag. 785.

<sup>3</sup> Bernutz; *Clinique médicale des maladies des femmes*. Paris, 1860, tom. I, pag. 308.



« Pendant ce temps, le ventre diminue de volume, et chaque jour une nouvelle amélioration se produit, de sorte qu'à la fin les garde-robes étaient possibles sans lavements, et on n'est plus obligé de la sonder pour la faire uriner. Un mois environ se passe après la fin de l'évacuation sans que les douleurs se manifestent, mais alors elles se produisent à peu près semblables à celles éprouvées antérieurement à chaque recrudescence menstruelle, mais beaucoup moins violentes. Après quelques jours de durée de ces douleurs, la malade rend de nouveau du sang par l'anus, mais pendant quelques jours seulement. Depuis lors de semblables accès de douleurs sont revenus chaque mois et se sont terminés chaque fois par un écoulement sanguin par l'anus. »

En résumé, lorsque les trompes se vident dans la cavité de la sèreuse, deux conditions sont nécessaires pour la cure : 1<sup>o</sup> l'enkystement, et 2<sup>o</sup> l'évacuation du sang par l'anus.

L'expulsion par les *ostia uterina*, dont il me reste à parler, est une terminaison moins nettement caractérisée que la précédente ; elle est pour ainsi dire une restitution mystérieuse, puisqu'on en ignore le moment et les lois. On sait cependant qu'elle réclame l'évacuation préalable de l'utérus, et on a lieu de supposer que le contenu est chassé en vertu de contractions analogues à celles qui poussent l'ovule. Quant au fait en lui-même, on sait qu'il est accompli lorsque la petite tumeur a disparu, ou bien lorsque le contenu est expulsé sous une forme aisément reconnaissable, comme dans le fait suivant.

#### OBSERVATION XVIII.

Atrésie du col consécutive à un premier accouchement. — Accidents pendant sept ans. — Opération. — Guérison. — Expulsion de fausses membranes tubulées formées dans les trompes par le sang qui s'y était coagulé. (Barnotte; *Annales médicales de la Flandre occidentale*, et *Gazette médicale de Paris*, 1857, pag. 223.)

M<sup>me</sup> L...., à la suite d'une première grossesse, eut une suppression complète des règles.

Dans les premiers temps, cette suppression n'altéra en rien la santé, mais au bout de quelques mois il lui survint dans les lombes, la région inférieure du ventre et le haut des cuisses, des douleurs qui se répétèrent chaque mois, en augmentant graduellement d'intensité et de durée.

Plus tard, parut au-dessus du pubis une tumeur qui, de mois en mois, prit un ac-



croissement lent, mais continu. En même temps survinrent des vomissements, des coliques, du spasme et quelques signes de grossesse.

Cela durait depuis sept ans, lorsque M. Barnotte fut appelé. Les douleurs étaient très-violentes et presque sans relâche; le ventre était énorme, la miction difficile et parfois impossible; vomissements, coliques, diarrhée. Par le palper, on reconnut une tumeur molle, sans bosselures ni inégalités, s'étendant du pubis à l'épigastre et de l'une à l'autre fosse iliaque.

A l'aide du spéculum, on vit que le vagin se terminait en une sorte de demi-sphère, à convexité inférieure, très-dépressible, fluctuante, n'offrant aucune cicatrice ni indice de perforation antérieure.

La vessie et le rectum ayant été vidés, la patiente fut placée en travers du lit. Le spéculum fut appliqué, et une ponction fut faite avec le bistouri à travers la demi-sphère existant au fond du vagin.

Aussitôt un liquide brun, épais, inodore, en jaillit abondamment; l'écoulement continua ensuite d'une manière lente. La plaie fut maintenue béante par des mèches, et des injections fréquentes furent poussées dans la cavité utérine.

Pendant quelques jours, tout alla bien; mais bientôt survinrent des frissons, de la fièvre, des douleurs abdominales et des signes de péritonite, (Sangsues, onctions mercurielles.)

Peu après, les symptômes cessèrent et la malade guérit.

Quelque temps après, elle rendit à plusieurs reprises, par le vagin, de *longs cylindres* qu'elle prit pour des vers.

C'étaient des fausses membranes en forme de tubes formés dans les trompes par le sang qui s'y était coagulé.

Cette dame n'a pas eu de nouvelle grossesse.

Dans l'autre fait, qui appartient à M. Debrou<sup>1</sup>, la petite tumeur du flanc droit disparut peu après l'opération, sans que rien indiquât le moment où ce phénomène dut s'effectuer. L'*ostium uterinum* et la trompe durent revenir incomplètement sur eux-mêmes; car, lors de la deuxième opération, qui eut lieu neuf mois après la récurrence, la petite tumeur avait disparu.

#### CONSOMPTION PAR DÉFAUT D'EXCRÉTION MENSUELLE.

La dyspepsie, les vomissements répétés, le rapprochement des crises, la continuité des douleurs, usent les meilleures constitutions et amènent peu à peu au marasme et à une sorte de phthisie. On n'a qu'à se rappeler le tableau

<sup>1</sup> Debrou; *Gazette médicale de Paris*, 1851, pag. 32.



que j'en ai tracé plus haut. De là à la mort, il n'y a qu'un pas, et je ne surprendrai personne en disant qu'elle a été observée indépendamment de toute lésion anatomique. Qu'on néglige les faits de Dryander et de Gandy, dans lesquels l'autopsie n'a pas été pratiquée; qu'on mette un point d'interrogation devant les faits relevés par Sauvages faute de clarté, devant celui de Portal faute de détails, il n'en restera pas moins acquis que le fait rapporté par Van-Swiëten est justifiable de cette interprétation. C'est là le seul exemple que j'en connaisse, et, grâce aux progrès de la chirurgie, il y a lieu de prévoir qu'on n'en aura pas de nouveaux à enregistrer.

#### MÉNOPAUSE.

La ménopause a pour effet de mettre un terme à l'exhalation sanguine, et pour conséquence d'enrayer le développement de la tumeur. Du même coup elle supprime les crises menstruelles, et, si elle n'enlève pas l'obstacle, elle laisse à l'absorption toute latitude pour s'exercer.

Quelque favorable que soit cette terminaison relativement aux autres, il convient peu, même après la quarantième année, de la rechercher. Nul ne sait la date précise de sa venue, et l'attendre trop longtemps n'est point sans dangers pour la vie. Cependant, si chaque mois les accidents diminuaient, si l'opération devait être laborieuse, on serait autorisé à imiter la conduite de De La Mare et de M. Matteï<sup>1</sup>.

Quoiqu'elle soit plus spécialement propre aux atrésies accidentelles, cette terminaison est encore observable pour les atrésies congénitales. M. Muck<sup>2</sup> a vu une femme de 27 ans chez laquelle une atrésie utérine avait provoqué des douleurs dans le bas-ventre et les reins. Plusieurs tentatives opératoires ayant été infructueuses — il y avait en même temps absence de la partie supérieure du vagin, il avait seulement deux pouces de long, — on ne les renouvela pas, car peu après les troubles menstruels disparurent. M. Muck suppose avec raison que le molimen a cessé plus tôt que d'habitude. Il est à noter que la sœur de cette malade a un vagin normal, mais pas d'utérus; comme de juste, la menstruation fait défaut.

<sup>1</sup> De La Mare; *Journal de médecine*, 1770, tom. XXXIII, pag. 511. — Matteï, obs. vi.

<sup>2</sup> Muck; *Canstatt's Jahresbericht*, 1854, pag. 25.



En résumé, les règles peuvent se dévier ou s'accumuler au-dessus de l'atrésie. Dans le premier cas, les accidents peuvent être momentanés ou durer toute la vie; dans le second, ils peuvent cesser :

1° Par la rupture de l'obstacle;

2° Par la rupture ou perforation de l'utérus;

3° Par la dilatation des trompes;

4° Par la consommation;

5° Par la ménopause.

Il n'y a de guérison que pour la première terminaison; il y a tolérance pour la dernière, tandis que pour les autres il y a mort ou tout au moins menace de mort. Comme rien n'indique laquelle de ces terminaisons adviendra, la conduite la plus sage est de n'en rechercher aucune et de les éviter toutes par une intervention opportune.

## CHAPITRE VI

### Caractères anatomiques.

Le liquide menstruel est, comme chacun le sait, du sang exhalé par la muqueuse du corps utérin, auquel se joignent au passage les mucus du col et du vagin. Chez les femmes imperforées, le liquide trouvé au-dessus de l'obstacle contient les mêmes éléments, mais en d'autres proportions; le sang est relativement moindre parce qu'il peut être absorbé, tandis que les mucus s'accroissent de tout ce qui est sécrété dans les périodes intermenstruelles. Ajoutez à cela les mouvements auxquels est soumise la masse liquide, l'intimité du mélange qui doit en résulter, et vous aurez la clé des modifications subies. Considérez encore les sièges divers de l'atrésie, les proportions variables du mucus vaginal, et vous aurez l'explication des différences constatées.

*Propriétés physiques du liquide.* — La consistance, à peu près identique pour tous les cas, a été diversement exprimée. Le goudron, la poix, le miel, la mélasse épaissie, la gelée de groseilles, le sirop fortement cuit, le lait de



beurre, ont été par ordre de fréquence les termes de comparaison<sup>1</sup>. La couleur n'a pas été moins diversement traduite : les épithètes de noirâtre, rouge foncé, rouge brunâtre, gris noirâtre et même jaunâtre ne suffisant pas, on a eu la couleur olive, chocolat, gelée de groseilles, poix fondue, et plus fréquemment la couleur lie de vin. Le liquide, caractérisé tour à tour de gluant, poisseux et visqueux, file longuement lorsqu'il tombe de haut ; au bout de dix jours (Textor et Puech), de vingt-cinq à trente jours (Toulmouche), sa viscosité n'avait point changé, et son odeur était nulle. Dans les atrésies du col, il peut être mêlé à des caillots ; dans les autres espèces il en contient rarement (cinq fois). A l'air, il prend parfois une couleur d'un rouge plus clair, mais en aucun cas il ne se sépare en sérum et cruor. En général, l'odeur est nulle ou fade ; dans une douzaine d'observations néanmoins, elle est caractérisée de fétide. Au dire de Saviard, la puanteur était telle que la plupart des assistants ne purent la supporter. En 1856, M. Roziès a fait sur une fille de 19 ans une remarque identique ; malgré un froid très-vif, on dut ouvrir les fenêtres. Cette particularité, que quelques-uns ont à tort contestée, tient à l'idiosyncrasie du sujet. J'ai soigné dans le temps une femme qui, à l'époque de ses règles, exhalait une odeur repoussante.

Le nombre des menstruations, la variabilité de la perte suivant les époques et les constitutions, influent sur les quantités recueillies. Ainsi, quatre filles affectées d'imperforation hyménéale sont opérées deux ans après l'apparition des accidents : la première fournit 1 kilogram., la seconde 1 500 gr., la troisième 1 692, et la dernière 4 000 gram. Autre exemple : trois femmes sont opérées au bout de quatre ans, la première fournit un écoulement de 1 050 grammes, la seconde de 1 892, et la dernière de 5 000 grammes. Voici du reste une série de tableaux relatifs à cette question.

---

<sup>1</sup> La femme observée par Fizes ferait exception : le sang aurait été aussi fluide et aussi naturel que celui que l'on tire de la veine. On me permettra de n'en rien croire : même en l'état de santé, l'assertion serait inexacte.



PREMIER TABLEAU. — *Atrésies hyménéales.*

N <sup>os</sup> D'ORDRE.	MOIS.	QUANTITÉS.	NOMS DES AUTEURS ET INDEX.
		gram.	
I	4	473	Matcal. Gazette médicale de Paris, 1846, pag. 29.
II	4	496	Lees. Bullet. gén. de thérapeut., 1859, tom. LVI, pag. 523.
III	6	2000	Desmé et Gendron. Gazette médicale, 1832, pag. 344.
IV	7	1842	Rochard. Journ. de médec., 1793, tom. LXXXIV, pag. 261.
V	8	1000	Bidart. Gazette méd., 1839, pag. 509.
VI	8	1219 ac.	Amyand. Transactions philosophiques, 1732, pag. 45.
VII	8	3000	Daniel. Journ. de la Soc. de médec. pratiq. de Montpellier, 1842, tom. V, pag. 360.
VIII	9	2302	Amand. Loc. cit., obs. CXVII.
IX	10	1381	Fine. Annal. cliniq. de Montpellier, tom. XXIX, pag. 266.
X	12	960	De Haën. Ratio medendi, pars. VI, tom. III, pag. 38, édit. Didot, 1764.
XI	12	1500	Bell. Union médicale, 1858, pag. 91.
XII	13	1145 <sup>1</sup>	Moller. Deutsche Klinik, n <sup>o</sup> 26; 1851.
XIII	14	1000	Coiffier. Journ. génér. de médec., tom. XXVIII, pag. 284.
XIV	14	3000	Delisle. Journ. génér. de médec., tom. LXVI, pag. 94.
XV	14	3500	Mestivier. Journal de la Société de médecine de Bordeaux, tom. XIII, pag. 148.
XVI	15	2600	Caillat. Gazette des hôpitaux, 1858, pag. 67.
XVII	18	921	Hervez de Chégoin. Gaz. méd. de Paris, 1830, pag. 69.
XVIII	24	1000	Scanzoni. Loc. cit., pag. 476.
XIX	24	1500	Mauriceau. Loc. cit., obs. CCXXI.
XX	24	1692	Coley. Archives de médecine, 1833, tom. II, pag. 585.
XXI	24	4000	Berger, in Ledru. Thèses de Paris, 1855, n <sup>o</sup> 231, pag. 49.
XXII	30	1260	Habit. British and for. med. ch. Review, 1858, t. XXI, p. 552.
XXIII	36	650	Castella. Gazette médicale de Paris, 1851, pag. 823.
XXIV	48	1050	Tribes. Obs. IX.
XXV	48	1892	Monro, in Smellie. Tom. II, pag. 18.
XXVI	48	5000	Pelletan. Clinique chirurgicale, tom. II, pag. 204.
XXVII	60	2500	Bourguet. Gazette de santé, 1825, pag. 263.
XXVIII	60	3000	Cabaret (de St-Malo). Rev. de th. méd. chir., 1854, pag. 340.
XXIX	60	3684	Cabaret, Basse Maison. Annales de la méd. physiol., 1828, tom. XIII, pag. 520.
XXX	72	10131 ?	Nøgelé. Journ. univ. des sciences méd., tom. VII, pag. 160.
XXXI	96	4000	Marchand et Massé. Archives, 4 <sup>e</sup> sér., tom. XXVI, pag. 353.
XXXII	132	2000 ac.	Dollignon. Journal de médec., 1785, tom. LXIV, pag. 252.
Totaux.	1040	76174	Moyenne mensuelle, 73 <sup>es</sup> , 24.

<sup>1</sup> C'est là la valeur du *quarte* prussien.



DEUXIÈME TABLEAU. — *Atrésies du vagin.*

N <sup>os</sup> D'ORDRE.	MOIS.	QUANTITÉS.	NOMS DES AUTEURS ET INDEX.
I	2	600 <sup>gram.</sup> ac.	Michon, in Bernutz et Goupil. Clinique sur les maladies des femmes, tom. I, pag. 78.
II	4	746 c.	Jamesson. Annales de la chirurg. franç., tom. VI, pag. 108.
III	8	630 c.	Habit. British and for. med. chir. Rev., 1858, t. XXI, p. 552.
IV	15	2500 c.	Kluyskens. Gaz. médic. de Paris, 1846, pag. 251.
V	16	1500 ac.	Kuhnau. Arch. de médec., 1834, tom. V, pag. 143.
VI	18	358 ac.	Puech. Obs. v.
VII	18	1000 c.	Upshur. Gaz. médic. de Paris, 1854, pag. 37.
VIII	24	320 c.	Fréteau. Journ. génér. de médec., 1812, tom. XLIII, pag. 54.
IX	34	1500 ac.	Meerck. Union médicale, 1847, pag. 552.
X	36	700 ac.	Nélaton. Gaz. des hôpit., 1853, pag. 41.
XI	36	3684 c.	Filippini. Gaz. médic. de Paris, 1854, pag. 636.
XII	60	1000 ac.	Bœhm. Arch. de médec., 1836, tom. XII, pag. 242.
XIII	72	256 c.	Locatelli. Gaz. méd. de Paris, 1848, pag. 103.
XIV	96	1000 c.	Nélaton. Gaz. des hôpit., 1856, pag. 350.
Totaux.	465	15794	Moyenne mensuelle, 33 <sup>es</sup> , 96.

TROISIÈME TABLEAU. — *Atrésies du col.*

N <sup>os</sup> D'ORDRE.	MOIS.	QUANTITÉS.	NOMS DES AUTEURS ET INDEX.
I	1	32 <sup>gram.</sup> ac.	Williams. Bullet. de thérapeut., 1850, pag. 329.
II	2	400 ac.	Patry. 2 <sup>me</sup> opération.
III	2	500 ac.	Cambay. Journ. de la Soc. de médec. prat. de Montpellier, 1847, tom. XV, pag. 81.
IV	6	3684 ac.	Gauthier. Nouveau journ. de médec., tom. VII, pag. 30.
V	8	192 ac.	Dance. Arch. de médec., 1 <sup>re</sup> sér., tom. XX, obs. v, pag. 550.
VI	14	2000 c.	Patry. Gaz. des hôpit., 1861, pag. 70; absence du vagin.
VII	18	4000 c.	Cabaret (de Saint-Malo). Journ. de la Soc. de médec. prat. de Montpellier, 1844.
VIII	24	500 ac.	Bouchard. Bullet. de therap., 1853, tom. XLIV, pag. 541.
IX	24	921 ac.	Schützer, Chambon. Loc. cit., tom. II, pag. 13.
X	72	1381 c.	Delpech. Mémor. des hôpit. du Midi, 1830, tom. II, pag. 147.
XI	84	4500 c.	Cormish. Med. and phil. comment., 1774, tom. II, pag. 188.
XII	204	160 c.	Tuppert. Canstatt's Jahresbericht, 1858, pag. 102.
Totaux.	459	17270	Moyenne mensuelle, 37 <sup>es</sup> , 62.



QUATRIÈME TABLEAU. — *Résumé général*<sup>1</sup>.

NOMBRE DE CAS.	MOIS.	QUANTITÉS.	MOYENNES MENSUELLES.
Hymen.. XXXII	1040	76174	75 <sup>gr</sup> ,24
Vagin... XIV	463	13794	55 <sup>gr</sup> ,96
Col..... XII	439	17270	57 <sup>gr</sup> ,62
Totaux. LVIII	1964	109258	Moyenne générale, 55 <sup>gr</sup> ,62.

CINQUIÈME TABLEAU. — *Causes*.

NOMBRE.	MOIS.	QUANTITÉS.	MOYENNES MENSUELLES.
Atrésies {	accidentelles.. XV	563	14106
	congéniales... XLIII	1601	95152
Totaux..... LVIII	1964	109258	55 <sup>gr</sup> ,62

SIXIÈME TABLEAU. — *Temps écoulé*.

D'un mois à 2 ans.	{	Hymen. XXI,	350 mois,	41007 <sup>gr</sup>	} = $\frac{714}{55390} = 77^{\text{gr}},37$
		Vagin.. IX,	163 mois,	5134 <sup>gr</sup>	
		Col.... IX,	199 mois,	11229 <sup>gr</sup>	
Au-delà de 2 ans.	{	Hymen. XI,	690 mois,	55167 <sup>gr</sup>	} = $\frac{1250}{53848} = 45^{\text{gr}},67$
		Vagin.. V,	500 mois,	12640 <sup>gr</sup>	
		Col.... III,	260 mois,	6041 <sup>gr</sup>	
Totaux généraux..... LVIII, 1964 mois, 109258 <sup>gr</sup> . Moyenne, 55,62					

<sup>1</sup> Malgré les soins que nous avons apportés à leur confection, ces tableaux ne sont point à l'abri de quelque erreur. En ramenant au gramme les diverses mesures anglaises, allemandes, italiennes, employées par les observateurs, il se peut que nous ayons inexactement apprécié leur valeur; mais, en tout cas, ce serait une différence en plus ou en moins de quelques grammes, qui ne changerait pas sensiblement nos moyennes.



Si l'examen n'a porté que sur 58 observations, c'est que pour les 251 autres on est inexactement renseigné : tantôt on a passé sous silence l'époque du début des accidents, tantôt on a négligé la mensuration du liquide. Cela est regrettable sans doute, mais n'entache pas la valeur de notre statistique ; elle repose sur un nombre assez respectable pour assurer la légitimité de nos conclusions.

Plusieurs enseignements en ressortent, mais le plus saillant est celui-ci : c'est qu'on recueille toujours une moindre quantité de sang qu'il ne s'en écoulait dans le même laps de temps si les voies génitales étaient libres.

La moyenne, qui oscille entre 250 et 500 grammes pour chaque menstruation, est seulement de 55 gr. 62 chez les femmes qui nous occupent ; en d'autres termes, elle est près de cinq ou six fois plus faible. Il y a là autre chose que des différences de constitution, et il faut encore faire intervenir, soit une exhalation moindre, soit l'absorption exercée par les parois utérines à l'égard du sérum contenu dans le sang. Un argument qui plaide en faveur de cette dernière faculté, c'est que la tumeur, après avoir augmenté à l'époque des règles, diminue dans l'intervalle.

Une autre influence, également digne d'être relevée, est celle du temps : après 8 mois dans un cas (vu), après 60 mois dans un autre (xxviii), les quantités ont été les mêmes, quoiqu'il s'agit de deux sujets se trouvant dans des conditions en apparence identiques. Ce n'est pas toujours aussi tranché ; mais ce qu'il y a de positif, c'est qu'il y a à cet égard une différence réelle que notre 6<sup>e</sup> tableau met en saillie. La moyenne de 77 gr. 57 descend à 45 gr. 07. La moyenne s'élève encore plus si on ne la recherche que pour les quantités recueillies d'un mois à un an : elle arrive à 197 gr. 55, c'est-à-dire à un chiffre approchant de l'écoulement ordinaire. Il est donc exact de dire qu'avec le temps l'absorption s'accroît, ou tout au moins on est forcé d'admettre que l'exhalation diminue.

Les données fournies par notre 5<sup>e</sup> tableau ne sauraient être admises sans réserve ; il est bon de dire qu'elles n'expriment qu'une partie de la vérité. Légitimes en ce qui concerne les imperforations, elles sont fausses à l'endroit des occlusions. Il nous paraît, et il paraîtra à tout le monde, qu'une femme dans la force de l'âge perd plus abondamment qu'au moment de la puberté, et que, par suite, la moyenne de 58 gr. 85 est beaucoup trop faible. L'avenir



rectifiera cette donnée, mais il est indispensable que les observateurs s'astreignent à bien préciser le début des accidents menstruels ; sans cette précaution, on s'exposerait à de nouvelles erreurs.

Le siège de l'atrésie est encore un considérant dont il faut tenir compte ; en général, plus il est éloigné de la vulve, et moins les quantités recueillies sont abondantes. La moyenne mensuelle de 73 gr. 24 pour les imperforations de l'hymen, descend pour le vagin à 57 gr. 62 ; elle remonte, il est vrai, pour les atrésies utérines, mais elle s'arrête bientôt (55 gr. 62). Ce dernier chiffre, auquel j'ai cru devoir me tenir, n'est pas cependant rigoureusement exact, car il élague deux faits. Dans l'un, recueilli par M. Hervez de Chégoin<sup>1</sup>, on ne retira pas plus de six onces de liquide, bien que la femme eût 52 ans et que les prodromes remontassent à dix-sept ans ; dans le second, narré par Benevoli, c'est un motif tout différent qui me l'a fait rejeter. Les accidents ne dataient que de trois ans, et cependant on vit s'écouler de l'utérus *trente-deux livres* de sang. Quoique la livre de Florence ne vaille pas la nôtre<sup>2</sup>, il n'en est pas moins vrai que c'est là le chiffre le plus élevé que l'on connaisse. Viendrait ensuite l'observation xxx de notre premier tableau ; mais cette quantité, comme la précédente, me paraît exagérée. Quoi qu'il en soit, les quantités recueillies dans ces derniers temps sont loin d'approcher de ces deux chiffres ; malgré ses 55 ans, la femme opérée par Lane<sup>3</sup> ne rendit que douze pintes anglaises, c'est-à-dire 5 676 grammes environ ; celle dont Cabrol<sup>4</sup> a parlé, de 10 à 12 livres, une seule 5 000 gr., trois de 4 000 et 4 500 gr., et le reste est compris entre ce dernier chiffre et quelques gouttes. Il y a donc lieu de croire, pour les faits de Benevoli et de Nægelé, qu'il y a eu erreur dans l'interprétation ou exagération de la part des observateurs.

*Analyse chimique.* — Un praticien ne pouvant être à la fois un médecin et un chimiste consommés, on ne s'étonnera point si ces liquides ont été rarement analysés. M. Picard, le dernier en date, s'est borné à reconnaître la présence de l'albumine et de la fibrine, tandis que ses devanciers, Thénard

<sup>1</sup> Hervez de Chégoin ; *Gazette médicale de Paris*, 1830, pag. 69.

<sup>2</sup> La livre de Florence vaut 340 grammes ; 32 livres valent donc 10,880 grammes.

<sup>3</sup> *Gazette médicale de Paris*, 1841, pag. 410 : *Imperforation de l'hymen*.

<sup>4</sup> Cabrol ; *Alphabet anatomique*, obs. xxiii. Rouen, in-4° ; 1624.



et Toulmouche <sup>1</sup>, ont constaté, en outre, l'absence totale du sérum et la prédominance de l'albumine et du mucus. En 1845, un professeur de chimie de Londres <sup>2</sup>, M. Letheby, est entré dans des détails beaucoup plus précis : quarante onces de ce fluide recueilli après la section d'un hymen imperforé, lui ont fourni l'occasion de l'analyse quantitative que je reproduis ci-dessous :

Eau.....	875,4
Albumine.....	69,4
Globuline.....	49,4
Hématosine.....	2,9
Sels.....	8,0
Corps gras.....	5,5
Matière extractive.....	6,7

A ma prière, un savant aussi modeste que distingué, M. Courcières, professeur au lycée de Nîmes, a analysé le liquide recueilli chez le sujet de notre ve observation : il a trouvé la même proportion entre l'eau et l'albumine, mais il n'a pu, vu la petite quantité soumise à son examen, arriver à déterminer la proportion exacte des autres éléments constitutifs. En d'autres termes, les résultats de ces deux analyses ne diffèrent pas sensiblement de ceux obtenus par MM. Denis et Bouchardat, qui ont procédé sur le sang menstruel normal.

*Examen microscopique.* — Deux des observateurs précédemment cités ont en même temps recouru au microscope. M. Letheby a trouvé les globules sanguins altérés de mille manières dans leur forme et leur volume. Dans le cas relatif à M. Picard, les globules étaient un peu moins déformés et s'accompagnaient de globules muqueux. J'ai à mon tour constaté les mêmes particularités, et ai noté en même temps la présence de quelques plaques épithéliales.

Voilà pour le contenu ; quant aux parties contenantantes, elles sont modifiées dans leurs capacités, dans l'épaisseur de leurs parois et dans leurs éléments constitutifs.

<sup>1</sup> *Archives de médecine*, 1826, tom. XIV, pag. 237.

<sup>2</sup> Letheby; *The Lancet*, 1845; *Gazette médicale de Paris*, 1846, pag. 291. M. Grube a fait, en 1840, une analyse de ce liquide.



La dilatation est le mode ordinaire et primordial ; elle porte sur toute la partie du conduit vulvo-utérin placée au-dessus de l'obstacle, sur le vagin d'abord, et sur l'utérus un peu plus tard, à moins que l'obstacle ne siège sur le col. Les effets sont à peu près identiques : pour l'utérus, tous les diamètres sont augmentés, et les fibres circulaires et longitudinales y concourent par égales parts ; pour le vagin, ce sont surtout les fibres transversales qui sont mises à contribution, mais pourtant les fibres longitudinales n'y restent point indifférentes ; on n'a qu'à se rappeler les difficultés qu'on éprouve à atteindre le col après la section de l'hymen. En même temps que le calibre s'accroît, les plis s'effacent et les raphés deviennent moins saillants.

Le col utérin, plus éloigné de la vulve dans les imperforations de l'hymen, en est plus rapproché dans les atrésies du col ; il y a là un véritable abaissement dû à l'augmentation du poids de l'organe. Quant au col en lui-même, il est mollassé et diminué de longueur ; la portion intra-vaginale a presque complètement disparu, et le méat largement entr'ouvert communique presque sans interruption avec le vagin ; parfois même on a peine à distinguer où finit ce dernier organe. En un mot, on dirait qu'un accouchement ou tout au moins une fausse couche vient d'avoir lieu.

Le vagin et l'utérus, soumis l'un et l'autre à cette dilatation progressive, ne la supportent pas également bien ; tous les deux prêtent sous l'afflux des fluides, mais le premier conserve seul son épaisseur. Dans la grossesse il n'en est pas ainsi ; mais alors une vitalité extraordinaire, une richesse notable de vaisseaux sont des adjuvants qui font défaut dans le cas actuel. On a plusieurs autopsies, mais on n'en possède aucune qui signale l'augmentation des vaisseaux, soit en nombre, soit en calibre. L'amincissement des parois est donc forcé, mais il est, suivant les circonstances, plus ou moins accentué ; on ne peut formuler de loi à cet égard, on doit se borner à dire que ce phénomène est en raison de la marche ascensionnelle de la tumeur. Bref, on ne serait pas éloigné de croire que le sang distrait de l'hémorrhagie menstruelle est consacré à la nutrition des parois de l'utérus. Quoi qu'il en soit, elles conservent néanmoins une certaine épaisseur, et la rareté des ruptures utérines en est un argument sans réplique.

En général, la muqueuse utérine est lisse au toucher, comme si elle avait été enduite d'une couche de vernis ; elle est imprégnée d'une matière noirâtre



ou bien légèrement colorée en rouge. Inutile de remarquer que ce sont là les effets purs et simples de la stase du sang. Lorsqu'au contraire la mort a été précédée d'une maladie, on a des lésions différentes : ainsi, la muqueuse peut s'injecter vivement, se recouvrir d'un muco-pus sanieux et grisâtre, et présenter même des plaques gangréneuses<sup>1</sup>.

Les ovaires sont sains ou altérés. Lorsqu'ils sont sains, ce qui est le cas le plus fréquent, on constate des cicatrices, des corps jaunes, traces de menstruations antérieures, ou bien des vésicules de Graaf en voie d'évolution, indices de menstruations imminentes. Lorsqu'ils sont altérés, on a des lésions variables ; tantôt ils sont le siège des petites hémorrhagies que nous avons étudiées sous le nom d'*hémorrhagies VÉSICULAIRES MORBIDES*<sup>2</sup> ; *tantôt ils sont gros, ramollis*, injectés (Baker-Brown) ; tantôt enfin le siège d'une supuration (Rokitansky).

Les trompes participent, mais exceptionnellement, à la dilatation de l'utérus. On les a vues, dans quatorze cas, être doublées de volume et arriver à contenir une pinte de liquide (Paget). Leur disposition n'a rien de fixe ; elles peuvent flotter dans le petit bassin, adhérer intimement à l'ovaire, être contournées en divers sens, ou bien encore être rendues méconnaissables par la violence du travail inflammatoire. Lorsque le reflux du sang de l'utérus dans les trompes a été la cause de leur dilatation, et c'est là, pour le dire en passant, le cas le plus ordinaire, elles contiennent en plus ou moins grande quantité un liquide analogue à celui fourni par la ponction. Ce liquide, que la plus légère pression fait sourdre du pavillon, avait, dans les deux tiers des cas, une autre voie par la déchirure d'une partie quelconque de l'oviducte. Cette déchirure est simple ou multiple ; elle est longue de 5 à 15 millimètres et est à bords déchiquetés et plus ou moins irréguliers.

Dans une autopsie faite par MM. Marchand et Massé, la moitié externe des trompes était seule distendue par un sang très-noir et très-fluide, tandis que la moitié interne avait son exigüité ordinaire et n'était point colorée en noir. Comme ils l'ont cru, et comme le rédacteur des *Archives* l'a admis d'après

---

<sup>1</sup> On n'a jamais observé de polypes sanguins ou fibrineux. N'est-ce pas là un nouvel argument contre leur existence ?

<sup>2</sup> Puech ; *De l'apoplexie des ovaires*. Montpellier, 1858, in-8°, pag. 9.



eux, ce n'est point là un fait identique aux précédents, mais un exemple incontestable d'hémorrhagie tubaire à ajouter à ceux que j'ai ailleurs relevés. Nous nous bornons à signaler cette complication comme une nouvelle cause de péritonite qu'on ne saurait prévoir ni éviter<sup>1</sup>.

Dans un autre cas<sup>2</sup>, l'inflammation d'une trompe a eu les mêmes conséquences : en érodant les parois, elle a produit un pertuis par où le pus s'est épanché dans la cavité péritonéale.

Au lieu d'avoir pour point de départ un épanchement de sang ou bien de pus, la péritonite peut prendre son origine dans le retrait de l'utérus consécutif à l'opération. Enfin, dans d'autres cas, heureusement bien rares, les lésions constatées à l'autopsie dépendent de l'infection purulente<sup>3</sup>.

## CHAPITRE VII

### Diagnostic et pronostic.

#### ARTICLE PREMIER. — DIAGNOSTIC.

Il est peu de maladies concernant les parties génitales de la femme pour lesquelles une exploration ne soit nécessaire, et pourtant il est une foule de circonstances dans lesquelles on est provisoirement forcé de s'en passer. Tel est en particulier le cas des atrésies congéniales. On a beau jouir d'une autorité incontestée, on a beau être sûr du diagnostic, on ne saurait en obtenir la preuve immédiate; on a au préalable à conquérir l'assentiment de la mère et surtout à vaincre les scrupules de la jeune fille.

Cette réserve, imposée par les convenances, l'est encore par la maladie. Son peu de fréquence, son innocuité tant que les troubles menstruels ne sont pas accusés, en rendent le diagnostic, sinon impossible, du moins extrêmement épineux; aussi il faut des circonstances spéciales pour être mis

<sup>1</sup> Marchand et Massé; *Journal de médecine de la Loire-Inférieure*, 1850, tom. XXVI, pag. 335; et *Archives de médecine*, 1851, tom. XXVI, pag. 353. — Puech; *De l'hématocèle péri-utérine et de ses sources*. Montpellier, 1858, pag. 47 et seq.

<sup>2</sup> Nélaton; *Gazette des hôpitaux*, 1856, pag. 345.

<sup>3</sup> Michon, in Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, pag. 78, recueillie par M. Second Ferréol.



sur la voie. Les difficultés sont moindres lorsqu'il y a rétention. Sans avoir des signes pathognomoniques, ce trouble comporte un ensemble de manifestations suffisamment caractéristiques : tels sont, par exemple, l'absence de tout écoulement, le rapport existant entre le début des accidents et l'époque présumée de la venue des règles, le caractère expulsif des douleurs durant de trois à huit jours, leur retour à un mois environ d'intervalle, leur siège aux lombes, à l'hypogastre ou au périnée, et en dernier lieu l'apparition d'une tumeur, soit à la vulve, soit et simultanément au-dessus des pubis. Quand on a recueilli ces symptômes, on peut porter son diagnostic avant tout examen ; mais il n'en est pas de même lorsque quelques-uns manquent ou qu'ils ne sont qu'imparfaitement accusés. Ainsi, malgré qu'il y eût un obstacle, on a noté des écoulements sanguins, on a vu les troubles menstruels se réduire à des coliques insignifiantes ; on a rencontré des femmes chez lesquelles les douleurs revêtaient, presque dès le début, une forme continue, etc. ; enfin, on a des cas dans lesquels les symptômes rationnels sont insuffisants pour mener à la vérité, dans lesquels on n'est autorisé qu'à émettre un soupçon.

Il incombe alors au toucher rectal si l'on a à ménager l'hymen ; au toucher vaginal ensuite, de tirer de l'incertitude, à moins pourtant qu'on ne soit de la force des médecins qui firent appeler Job van Meeckren. Je traduis, en l'écoutant, cette plaisante histoire.

#### OBSERVATION XIX.

Imperforation de l'hymen donnant lieu à une foule d'erreurs diagnostiques.

Une robuste fille, arrivée à 22 ans sans être réglée, portait dans le ventre une tumeur qui de temps à autre gênait le cours des urines. Parfois survenaient de violents accès de douleur dans lesquels elle lacérait ses vêtements, voulait tout briser et eût même attenté à sa vie si on ne l'eût empêchée. Les remèdes ne servaient qu'à aggraver le mal, et médecins et chirurgiens étaient fort embarrassés. Les uns attribuaient la suppression des règles à l'étroitesse des vaisseaux utérins, les autres soupçonnaient une grossesse ; un chirurgien croyait à un prolapsus de la matrice et s'évertuait à le réduire. Pour ceux-ci, c'était une excroissance charnue ; pour ceux-là, c'était une carcinôme ou quelque autre mal incurable.

Job van Meeckren trouva close la porte étroite par laquelle rois et mendiants entrent



dans ce monde. (*Cæsares, reges, mendici, omnisque ordinis homines mundum in hunc intrant.*)

Un coup de lancette amena la sortie de quatre livres et demie de sang et fut suivi d'une prompte guérison. (Job van Meeckren, *Obs. medico-chirurgicales*, obs. LV; et *Bibliotheca chirurgica Mangeti*; Genève, 1724, 2 vol. in-fol., art. *imperforat.*, pag. 497.)

Quelques années plus tard, les mêmes hésitations se produisirent pour un autre cas d'hymen imperforé. L'homme qui se demandait si c'était là une môle, un embryon ou quelque autre matière, n'était pas pourtant un ignare; il s'appelait Jean de Muralt, et figurait parmi les habiles du temps<sup>1</sup>.

Hâtons-nous de le dire, ces faits se passaient en plein XVII<sup>e</sup> siècle, et, comme on le sait, cette époque si célèbre à tant de titres n'a pas été l'âge d'or de la chirurgie.

De pareilles méprises ne sont plus possibles aujourd'hui; sans doute on peut commettre des erreurs, mais c'est à la condition que l'examen des parties n'ait point été pratiqué.

OBSERVATION XX.

Imperforation de l'hymen; accidents menstruels remontant à quatre mois, simulant un abcès par congestion.

Catherine Mooney, 18 ans, a été prise, il y a quatre mois, d'une douleur dans la région lombaire, qui est revenue tous les trois ou quatre jours pendant un mois. Alors son ventre a commencé à se tuméfier, la douleur des reins est devenue plus intense, reparaissant chaque jour et durant plusieurs heures de suite. Au moment de son entrée à l'hôpital, toute son habitude exprimait la souffrance; elle se tenait couchée sur le côté gauche, les membres inférieurs dans la flexion, et accusait une vive douleur dans la région lombaire.

Les muscles droits de l'abdomen étaient fortement contractés; une tumeur pouvait être sentie à droite de l'ombilic, et par le palper on constatait une sensation de dureté dans toute la partie inférieure du ventre, qui du reste était partout sonore à la percussion. La pression sur l'abdomen excitait une vive douleur, mais qui était entièrement rapportée à la région lombaire. On pensa à un abcès par congestion, mais l'absence de toute courbure angulaire, de toute sensibilité à la pression du côté du rachis, fit abandonner cette idée.

On était hésitant sur le diagnostic, lorsque le docteur Lees apprit que le mois précédent elle avait éprouvé beaucoup de difficultés pour uriner, qu'elle n'avait jamais été menstruée, mais qu'elle avait saigné du nez à deux reprises peu de temps auparavant.

---

<sup>1</sup> *Ephem. med. phys. germ. curios.*, dec. 2, ann. 3, 1685, obs. 151, pag. 296.



Le toucher fut alors pratiqué ; l'hymen, distendu et imperforé, fut incisé et deux pintes d'un liquide couleur chocolat s'en écoulèrent. Après cette opération, faite dans le sommeil chloroformique, la douleur disparut et le sommeil revint. Le lendemain, une injection d'eau tiède fut faite et une mèche enduite d'un corps gras fut interposée entre les bords de l'incision cruciale. Le jour suivant, la mèche fut retirée et ne fut pas remplacée, le poulx prit de la fréquence, et un état fébrile se manifesta ; la plaie fut examinée le lendemain, et en faisant tourner la malade on vit une certaine quantité de pus fétide s'échapper par l'ouverture. Dès-lors les injections furent reprises et pratiquées tous les jours. La sortie de l'hôpital eut lieu sept jours après l'opération <sup>1</sup>.

Si, dans ce cas, on a pour excuse la forme insolite des douleurs, il n'en est pas de même pour une foule d'autres à l'occasion desquels on a émis les diagnostics les plus bizarres. Il y en a de toutes sortes et pour tous les goûts : les précurseurs de Raspail rattachaient ces troubles à un amas de vers ; les fauteurs du système humoral voyaient là une obstruction du mésentère ; les pessimistes un squirrhe, un fungus hématode. D'autres étaient plus précis encore, sans être mieux avisés : une fille envoyée dans le service de M. Denonvilliers pour un polype utérin, avait l'hymen imperforé<sup>2</sup> ; une autre, opérée par M. le docteur Recolin, était regardée par l'officier de santé de l'endroit comme atteinte d'une hernie de la vessie. Telle était sa conviction, me disait mon confrère, qu'il annonça un flot d'urine lorsque je plongeai mon bistouri. Pour ceux-ci, c'était une hydropisie ascite ; pour ceux-là un prolapsus utérin ; et pour le plus grand nombre, c'était une aménorrhée, ou bien encore une grossesse.

Entre l'aménorrhée, qui supprime les règles, et les atrésies, qui n'en suppriment que la manifestation extérieure, il n'y a pas de nombreux points de contact, et pourtant, lorsqu'on cherche bien, on finit par en trouver. Dans sa forme congestive par exemple, on a des douleurs de ventre et de reins, des troubles dans la circulation, la respiration et le système nerveux, et même un développement de l'abdomen ; mais on n'a pas d'exacerbations périodiques, et surtout de tumeur à l'hypogastre. Dans le courant de l'année 1862, j'ai traité une fille de 18 ans qui n'avait point encore été réglée, bien qu'elle eût les apparences d'une bonne constitution. Depuis un

---

<sup>1</sup> Lees ; *Bulletin général de thérapeutique*, 1859, tom. LVI, pag. 532.

<sup>2</sup> *Gazette des hôpitaux*, 1850, et *Revue médicale*, 1851.



an et demi, elle était sujette tous les mois, du 10 au 15, à des crises de colique utérine qui s'accroissent de plus en plus et qui l'ont obligée, dans ces derniers temps, à s'aliter. Ce n'était là pourtant qu'une aménorrhée, et le succès du traitement institué en est un argument sans réplique.

Dans d'autres cas, le gonflement de l'abdomen n'écarte la pensée précédente que pour conduire à une erreur plus grave encore, c'est-à-dire à l'admission d'une grossesse.

Parfois les malades y donnent lieu. Vivant dans l'état de mariage et ayant à cœur d'avoir un enfant, elles se figurent en percevoir les mouvements ; d'autres fois ce sont de bons voisins ou même les parents qui émettent et propagent cette supposition. La jeune fille est outragée, quelquefois même maltraitée ; on en a vu être chassées de la maison paternelle<sup>1</sup> et devenir l'objet d'une visite médico-légale<sup>2</sup>. On a vu plus encore : une fille est prise dans cet état de douleurs intolérables ; il n'y a pas à en douter, ce sont les maux. En vain elle proteste de sa vertu ; on lui répond en désignant le père et préparant ce qu'il faut pour l'accouchement. Les contractions ont beau se succéder, elles n'aboutissent pas. Dans cette perplexité, Wier est appelé : il reconnaît le mal, applique le remède et sauve avec la vie l'honneur de cette fille<sup>3</sup>. Smellie a consigné une méprise analogue : l'hymen imperforé est pris pour la poche des eaux, et la délivrance annoncée comme prochaine. Heureusement, cette prédiction est faite en termes ambigus, et un nouvel examen conduit au diagnostic et à la guérison<sup>4</sup>. Au commencement de ce siècle, l'erreur inverse s'est produite. Appelé auprès d'une femme chez laquelle les organes génitaux manquaient, M. Rossi pratique une incision dans le sens du vagin, et bientôt, au lieu de sang menstruel, il voit sortir un enfant<sup>5</sup>. On le croira sans peine, cette confusion n'est plus possible aujourd'hui ; on a du moins dans les antécédents, dans le mode de développement de la tumeur, dans les résultats négatifs de l'auscultation, etc., les moyens de l'éviter.

Quoique les chances d'erreur soient encore plus multipliées dans les

---

<sup>1</sup> Moreau, *loc. cit.*, tom. I, pag. 173.

<sup>2</sup> Belloc, *loc. cit.*, pag. 47.

<sup>3</sup> Wier, *loc. cit.*, lib. II, cap. 38.

<sup>4</sup> Macaulay, in Smellie, tom. II, pag. 49.

<sup>5</sup> Rossi ; *Annales cliniques de Montpellier*, 1804, tom. XIII, pag. 39.



atrésies accidentelles, les exemples en sont excessivement rares. Il est juste de reconnaître que les conditions ne sont plus les mêmes, que le toucher ne rencontre plus les mêmes obstacles, et que les lumières qu'il fournit au diagnostic suffisent pour dissiper toutes les obscurités.

Il existe cependant une difficulté sérieuse, c'est lorsqu'on a à différencier la rétention des menstrues de l'hydrométrie. Dans les deux cas, il y a un obstacle, mais pour chacune on a des caractères propres. L'hydrométrie est consécutive à une aménorrhée et a, en général, un début lent; l'hématométrie débute brusquement et est précédée par une maladie dont l'action a profondément retenti sur le col. La marche de la tumeur n'est pas non plus identique. Pour la première, elle a lieu sans douleur et d'une façon à peu près continue; pour la seconde, elle a lieu par crises, par saccades mensuelles. Enfin, dans l'une il peut y avoir des écoulements sanguins, tandis que dans l'autre ils brillent par leur absence.

On ne confondra pas davantage les atrésies avec le renversement de l'utérus chargé du produit de la conception. A défaut du toucher par le vagin, il suffira de sentir le fond de la matrice au-dessus des pubis pour écarter cette erreur.

Quant à la distinction des atrésies entre elles, elle ne peut s'établir que par un examen minutieux. Si l'inspection seule de la vulve suffit pour faire reconnaître l'imperforation de l'hymen, il faut pour les autres espèces s'aider du doigt ou du spéculum. Nous avons, du reste, assez longuement exposé leurs caractères; aussi nous dispenserons-nous d'y revenir.

#### ARTICLE II. — PRONOSTIC.

Les auteurs qui ont abordé la matière, se préoccupant exclusivement des dangers de l'opération, ont sur cette donnée étayé leur pronostic. On s'abstiendra de les imiter. C'est là sans doute une des faces importantes du problème, mais ce n'est point le problème tout entier.

La rétention des menstrues n'est point en elle-même une circonstance indifférente; elle n'est qu'un symptôme, mais elle est parfois une cause de mort. On ne meurt pas d'une atrésie, mais on meurt de l'accumulation des règles. Quant à sa part dans les opérations, on ne saurait se le dissimuler, elle est des plus considérables. Si elle n'eût influé sur les suites, on peut



dire sans exagération que le chiffre des décès eût été bien minime : on fait tous les jours des opérations aussi importantes qui donnent une mortalité beaucoup moins considérable. Quand on voit la section de l'hymen être suivie d'accidents mortels, on doit être réservé dans son pronostic ; mais on ne saurait en tout cas suivre le conseil de M. Cazeaux<sup>1</sup>, qui s'oppose alors à l'opération. Préférer les conséquences de la rétention aux accidents qui peuvent naître de l'opération, c'est enlever à la femme toute chance de guérison.

Nous indiquerons plus loin les précautions à prendre ; pour le moment, nous nous bornerons à dire que le pronostic est en raison directe du développement de la tumeur et de l'ancienneté des accidents. Plus les organes ont été distendus, et moins ils sont aptes à revenir sur eux-mêmes, et plus la métrite-péritonite trouve un champ propice à son développement. Enfin, quel que soit son volume, si l'utérus est flanqué de deux petites tumeurs latérales, on doit avoir de sérieuses craintes et redouter un dénouement funeste.

Au point de vue opératoire, l'imperforation de l'hymen, l'obturation membraneuse du vagin et du col, ont droit à être placées à peu près sur une même ligne ; à leur suite, et par ordre croissant de gravité, se rangent l'absence partielle du vagin, l'absence complète de cet organe, et enfin, en dernier lieu, l'absence du vagin avec l'imperforation du col.

En général, les atrésies congénitales sont moins graves que les atrésies accidentelles. Toutes choses égales d'ailleurs, l'opération est pour ces dernières beaucoup plus épineuse.

Enfin, avant de se prononcer, le médecin devra tenir compte de l'état général de la femme et des complications particulières dont elle peut être l'objet.

---

<sup>1</sup> *Gazette des hôpitaux*, 1861, pag. 31.



## CHAPITRE VIII

### Traitement.

Toutes les questions relatives à la thérapeutique en général peuvent être agitées à l'occasion des atrésies. En effet, on a à se demander si laissées à elles-mêmes elles peuvent guérir, s'il est possible d'en débarrasser les femmes par de simples traitements pharmaceutiques, ou bien enfin si, pour les détruire, il n'y a que les moyens chirurgicaux d'efficaces.

Après le pronostic qui en a été porté, après les détails dans lesquels on est entré, il ne saurait y avoir le moindre embarras pour vider la première question. La marche progressive des accidents, les souffrances qui les accompagnent, le retentissement qu'elles ont sur l'économie, le nombre restreint des cures spontanées, les périls qu'elles font encourir, tout, en un mot, plaide en faveur d'une médication sérieuse.

Ce point admis, quels sont les moyens à mettre en usage? Il ne faut pas se le dissimuler, on a peu à compter sur les médicaments, on a peu d'espoir à fonder sur leur action. Les plus puissants d'entre eux, le seigle ergoté, le borate de soude, les excitants, en un mot, de l'utérus, auront beau contracter les parois de cet organe, presser le liquide qui y est renfermé, ils ne feront pas que l'obstacle s'entr'ouvre et que le sang s'écoule au dehors : mais après avoir provoqué des douleurs atroces, ils pourraient amener la rupture de l'utérus.

Bien qu'ils soient sans effet sur l'obstacle, les saignées, les sangsues, les opiacés valent mieux ; loin de réveiller les douleurs, leur action simultanée concourt à les calmer ; elle annihile les crises et ralentit la marche ascensionnelle de la tumeur, si même elle ne l'arrête pas.



OBSERVATION XXI.

Inflammation du vagin, chute de toute la muqueuse. — Rétrécissement consécutif. — Conception. — Accouchement nécessitant plusieurs incisions. — Oblitération consécutive. — Accidents propres à la rétention des menstrues; refus de l'opération. — Saignées, bains, opiacés à chaque crise; au bout de dix mois, calme complet et santé parfaite.

M<sup>me</sup> X... souffrait depuis longtemps de la vulve et du vagin, lorsqu'elle me fit appeler. Je trouvai les parties très-irritées, fortement enflammées, et en certains points le siège d'une suppuration fétide. Malgré tous mes soins, je ne pus arriver à la connaissance de la cause; je puis seulement affirmer que l'aspect des parties comme la position de cette dame écartaient la pensée d'un vice syphilitique. J'approuvai les moyens déjà prescrits (fomentations, lavages, bains de siège et tisanes rafraîchissantes); seulement, en raison de la sensibilité excessive, je crus devoir leur adjoindre l'introduction de quilles de beurre frais. Trois ou quatre jours après, on me rappela pour une fausse couche, c'était du moins la pensée du médecin ordinaire; mais quand on m'eut montré le produit expulsé, je n'eus pas de peine à reconnaître la méprise. La prétendue fausse couche n'était autre chose qu'un tuyau membraneux cylindrique, long de trois pouces et formé par la muqueuse du vagin qui a été détachée dans toute son étendue. Cette exfoliation, si remarquable à tant de titres, faisait redouter, si l'on n'y avisait, l'oblitération ou tout au moins le rétrécissement du vagin. Je prévins cette dame, lui exposai la nécessité d'un pansement régulier et convenable; mais j'y perdis mes peines, car elle s'opposa absolument à l'introduction d'une tente enduite d'un jaune d'œuf, par laquelle je voulais débiter.

Je me retirai, mais j'appris que plus tard, soit doute sur son état, soit pour obéir aux suggestions de son entourage, elle s'était rendue à Montpellier. Le docteur auquel on l'adressa partagea mon opinion et prescrivit un traitement analogue à celui que j'avais indiqué; il conseilla l'emploi prolongé de tentes médicamenteuses, ou bien encore des moitiés de chandelle, et plus tard des tuyaux de plomb. Pendant quelques jours ces conseils furent suivis, puis on se lassa, on fit mal les remèdes, on finit même par les négliger; bref, on se comporta de telle façon qu'un rétrécissement s'ensuivit.

Nonobstant, la conception n'en fut point empêchée.

On me consulta à cette occasion: le vagin, sensiblement rétréci, était réduit vers le haut à un canal par lequel on pouvait à peine passer un tuyau de plume. Si un pareil état ne devait pas empêcher le cours de la grossesse, il paraissait peu probable que la sortie de l'enfant eût lieu spontanément; aussi je crus devoir exprimer aux parents mes inquiétudes à ce sujet. D'autres médecins, consultés après moi, émirent un avis tout opposé; d'après eux, l'accouchement devait avoir lieu sans encombre, car les douleurs forceraient d'elles-mêmes l'obstacle.

L'événement justifia mes prévisions. A la fin du neuvième mois, le travail se déclara, la



poche des eaux se rompit, les douleurs suivirent leur cours régulier, mais malgré leur énergie elles n'aboutirent pas. Au troisième jour, la sage-femme me fit appeler : l'enfant se présentait par la tête ; le rétrécissement occupait une étendue d'un pouce et demi, il n'était point dilatable et me parut ne devoir être vaincu que par l'incision ; je donnai mon avis, et, comme on s'obstinait à attendre, je me retirai. Au cinquième jour, on me rappela : les choses étaient toujours dans le même état. Je renouvelai ma proposition, on me demanda d'y réfléchir, et ce fut vingt-quatre heures après qu'on me laissa toute liberté d'action. Notez que pendant ce laps de temps les saignées, les lavements, les bains, les fumigations, les potions les plus diverses avaient été successivement mis en usage.

Après avoir convenablement disposé la femme, l'index gauche fut introduit dans le vagin et servit de guide au bistouri ; l'obstacle fut incisé en avant et en arrière, et une douleur survenue peu après fit connaître que la tête avançait ; mais comme à droite et à gauche il présentait un état de tension qui faisait craindre qu'il ne prêtât pas, une fois la douleur passée, j'incisai sur les côtés assez profondément, car il n'y avait point en cet endroit d'organes qui pussent être atteints. Cette conduite eut un plein succès, et la tête vint bientôt couronner la vulve.

Arrivée en ce point, elle resta stationnaire, car les douleurs se ralentirent et cessèrent même complètement. Lassé d'attendre et craignant qu'un plus long retard ne fût préjudiciable à la femme et à l'enfant, je pris une des branches du forceps et la plaçai du côté droit après l'avoir bien huilée ; mais comme il me fut impossible d'appliquer la seconde branche, je lui substituai le levier de Roonhuysen ; une petite épreinte étant survenue, je tirai à moi et amenai un enfant du sexe féminin qui, encore aujourd'hui, jouit d'une bonne santé.

Peu après, l'arrière-faix fut extrait et la femme replacée sur son lit.

Malgré la longueur inusitée de ce travail, malgré les incisions pratiquées, les suites furent d'une excessive simplicité ; quelques coliques utérines, quelques douleurs en rendant les lochies, furent les seules choses qui se montrèrent.

Il semblait que l'expérience eût dû rendre cette dame plus docile, et qu'elle suivrait plus exactement mes avis : il n'en fut rien ; en vain j'insistai sur la nécessité d'un pansement méthodique ; en vain je lui fis entrevoir les conséquences d'une nouvelle négligence, elle continua dans sa conduite et s'obstina à faire à sa tête, si bien que la clôture du vagin s'ensuivit.

Quatre mois se passèrent sans accidents, mais au cinquième je fus appelé en toute hâte. La malade souffrait de violentes coliques, de maux de reins, de tension à la région de l'hypogastre ; des maux d'estomac, de suffocation et autres symptômes hystériques s'y joignaient. Parfois même la violence des douleurs lui arrachait des cris horribles et lui faisait exécuter des mouvements qui tenaient de la folie. Nul doute qu'une opération ne les fit disparaître immédiatement. La proposition en fut faite, mais elle fut énergiquement repoussée. En l'état, je dus chercher à modérer l'intensité des douleurs ; les saignées, les



calmants, la diète, furent mis en usage avec un plein succès. Grâce à ces moyens répétés tous les mois, les crises, d'abord de cinq ou six jours, eurent une moindre durée ; les coliques devinrent moins fortes, les douleurs moins vives, si bien que quatorze ou quinze mois après les couches tout rentrait dans l'ordre. Depuis, cette dame a joui d'une santé parfaite.

Dans ce fait, recueilli par mon bisaïeul Montagnon, comme dans celui que Martin (le jeune) nous a transmis en quelques lignes, les saignées et les calmants ont eu une remarquable mais exceptionnelle efficacité. En effet, dans d'autres plus nombreux, après avoir modéré l'intensité des douleurs, ils ont fini par rester sans action. Quelque précaire qu'elle soit, c'est toujours une ressource dont, le cas échéant, on devra savoir user. On devra surtout insister sur l'opium, en prolonger l'emploi, car on l'a vu diminuer les règles et finir même par les supprimer<sup>1</sup>.

Quoi qu'il en soit, excepté le cas de force majeure, on fera bien de ne point s'en tenir à cette pratique. On peut calmer ainsi l'inquiétude des malades, les soulager au physique comme au moral, mais on ne saurait les guérir. Pour créer une voie absente, pour rétablir une voie perdue, il faut, à l'action des remèdes, joindre une intervention chirurgicale.

## § 1.

### DE L'ÉPOQUE DE L'OPÉRATION.

Si le médecin ne peut ni prévenir ni empêcher la venue des imperforations, il peut du moins jouer ce rôle à l'endroit des atrésies accidentelles. Des pansements répétés, des mèches dilatatrices et, au besoin, quelques petites incisions, en constitueront la thérapeutique préventive.

Lorsque l'obstacle est congénial ou qu'il est trop tard, la conduite est toute autre : le chirurgien a à ramener les parties vers leur état normal, en établissant et en maintenant établie la continuité interrompue.

En quel temps est-il opportun d'y procéder ? Y a-t-il des époques plus favo-

---

<sup>1</sup> Montagnon, notes manuscrites. J'ai publié à part ce fait avec des Remarques, dans la *Gazette des hôpitaux*, 15 juin 1861. — Martin (le jeune); *Mémoires de médecine et de chirurgie*. Paris, 1835, pag. 239. — *Gazette médicale de Paris*, 1845, pag. 27.



rables les unes que les autres ? Cette question a par elle-même une importance trop réelle pour ne pas nous arrêter.

Pour M. Velpeau, la chose ne fait pas doute, il faut opérer peu après la naissance ; pour Boyer, au contraire, il faut attendre la puberté. L'insouciance propre au jeune âge, les obstacles que la pudeur peut opposer plus tard<sup>1</sup>, les dangers parfois irrémédiables qu'amène le séjour du sang, sont les arguments que l'on peut invoquer en faveur de la première opinion. D'un autre côté, la propension plus grande aux hémorrhagies, l'indocilité pour ainsi dire obligée des sujets, le peu de développement des organes et les difficultés qui, à ce titre, incombent à l'opérateur, tels sont les motifs qui la battent en brèche. Néanmoins, lorsque l'obstacle est mince et facile à atteindre, comme dans les imperforations de l'hymen, on pourra ne pas attendre la puberté : on n'expose nullement la vie de l'enfant, et on prévient ainsi des dangers parfois très-graves.

L'âge est venu, et avec lui les apparences de la nubilité : la poitrine s'est développée, les seins sont saillants, les hanches accusées et les membres ont revêtu la forme féminine<sup>2</sup> ; tout, en un mot, annonce la femme, et pourtant les organes génitaux sommeillent ; il n'y a aucun signe de rétention ni même aucun effort menstruel. Quand les choses en sont là, comment doit-on se comporter ?

OBSERVATION XXII.

Absence du vagin chez une femme mariée, pas de rétention. — Opération : règles, et plus tard grossesse.

Une femme mariée, âgée de 22 ans, forte et bien conformée quoique non réglée, se plaignait d'éprouver parfois des palpitations et de l'oppression après chaque repas.

Les parties génitales, au dehors bien conformées, ne l'étaient point à un examen minutieux : *l'urètre était énormément dilaté par le coït*, et le vagin était obturé par un tissu solide et résistant. Il n'y avait aucune tuméfaction à l'hypogastre.

Sur les instances de cette femme, on opéra.

L'index étant placé dans le rectum, on enfonça au centre un scalpel à deux tranchants

---

<sup>1</sup> Une jeune fille à hymen imperforé préféra mourir plutôt que de se laisser visiter. (*Annales cliniques de Montpellier*, 1808, tom. XI, pag. 370 ; et *Observateur des sciences médicales*. Marseille, 1823, tom. VI, pag. 73.)

<sup>2</sup> Je ne parle pas des appétits vénériens, car ils indiquent la présence des ovaires et non celle de l'utérus.



à un pouce, et, en incisant en même temps en haut et en bas, on eut une ouverture suffisante pour admettre le doigt. Il ne fit rien constater, même après avoir prolongé l'incision de deux pouces. « Je ne fus pas sans m'apercevoir, écrit M. Fletcher <sup>1</sup>, que j'avais entrepris une opération difficile, et je devais craindre qu'en cherchant à épargner la vessie je ne pénétrasse dans le rectum. C'est pour éviter ce double écueil que je conçus le dessein d'introduire une grosse sonde en gomme élastique et de frapper dessus avec un maillet. »

Cette manœuvre ingénieuse répétée plusieurs fois eut un plein succès, et au bout d'une semaine on parvint à découvrir le col utérin, qui était sain et bien conformé.

Retournée chez elle, cette femme ne tarda pas à être réglée; elle a eu depuis deux enfants.

Voilà, sans contredit, un grand et inespéré résultat; mais il a été un peu trop conquis à l'aventure pour être loué sans restriction. Quelque heureuses qu'en aient été les suites, la conduite de l'opérateur a été un peu légère; à part l'événement, elle est comparable à celle de Dejours, de Stoltz, de Watson, de Mathieu, qui créèrent un vagin pour une matrice rudimentaire; à celle de Theden, de Busch, de Stein, d'Oberteufer, de Mac-Farlane et de Langenbeck, qui firent la même tentative pour une matrice absente. Dieu merci! je suis à un âge où l'on aime la hardiesse et où l'on excuse une certaine témérité; mais encore faut-il que les actes empreints de ce caractère aient quelque appui dans la réflexion et le raisonnement. Ainsi, j'aurais voulu qu'avant toute entreprise l'opérateur se fût enquis de l'étendue de l'obstacle, du volume de l'utérus; j'aurais voulu qu'il eût interrogé l'attitude extérieure du corps, qu'il l'eût comparée à celle d'une fille bien conformée, et eût conclu de leur similitude à l'opération; j'eusse alors vivement applaudi au succès obtenu, et, en cas de non-réussite, comme cela est arrivé à M. Richet, ni moi ni personne eussions trouvé rien à blâmer <sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> *Medico-chirurgical untes and illustrations*; London, 1831, 4 fig., pag. 143, in *Archives générales de médecine*, 1835, tom. VII, pag. 549.

<sup>2</sup> Dejours; *Recueil des causes célèbres*, xx cause, cité par Fodéré; *Traité de médecine légale* tom. I, pag. 385. — Stoltz, in Waille; *De l'obturation vaginale*, thèse de Strasbourg, 1834, n° 1065, pag. 5. — Watson; *Gazette médicale de Paris*, 1845, pag. 409 : deux opérations; la seconde amena la formation d'un canal. — Mathieu; *Études cliniques sur les maladies des femmes*, 1850. Paris, in-8°, pag. 356. — Theden; *Nova acta physico-medica*. Norimbergæ, 1778, tom. VI, pag. 105. — Busch; *Rusts Magazin*, tom. X, cah. 2. — Stein; *Hufeland's Journal*, mai 1819. — Oberteufer; *Stark's Archive*, Bd. II, pag. 627. — Mac-Farlane; *Archives de*



Au reste, ce n'est pas la seule remarque à laquelle peut donner lieu cette observation ; il en est d'autres que nous ferons ressortir en leur temps. Pour le moment, nous ne mettrons en saillie que la bénignité des suites, qui se retrouve encore dans les faits de Bérard et de M. Huguier, dans lesquels on tenta la restauration complète du vagin avant l'établissement de la menstruation. Malgré ce petit nombre de faits, on ne saurait mettre la simplicité des suites sur le compte du hasard, elle s'explique bien plus naturellement par les bonnes conditions dans lesquelles se trouvaient les sujets. N'ayant pas éprouvé les douleurs inséparables de la rétention, leur constitution n'en avait pas été ébranlée, tandis que de l'autre part on ne donnait pas issue à un liquide dont le séjour prolongé dans les cavités génitales est parfois une source grave de dangers. D'où découle cette conclusion, que je voudrais voir ériger en loi : le meilleur moment pour l'opération est celui qui précède la première menstruation, à la condition que le développement de l'utérus soit suffisant pour admettre sa bonne conformation.

Quelque excellent que soit ce précepte, quelque bonnes que soient les raisons sur lesquelles il s'appuie, il rencontrera dans la pratique de nombreuses difficultés en même temps qu'il est passible de quelques exceptions. Les difficultés naissent de la maladie elle-même ; peu ou point caractérisée avant la menstruation et ses troubles, elle échappe aux sujets qui en sont porteurs et se dérobe par suite aux médecins : en ce point comme en beaucoup d'autres, ils seront forcés d'opérer à l'heure de la malade et non à la leur ; quant aux exceptions, elles concernent les oblitérations étendues du vagin, c'est-à-dire les quelques cas dans lesquels le retour à l'état normal soulève de graves difficultés. Tant que les règles ne font pas mine de s'établir, tant que l'utérus n'est point distendu, on ne peut sérieusement songer à une opération qui n'est pas sans périls, et dont l'utilité est alors secondaire. On a vu, en effet, dans quelques-uns de ces cas, les règles se supprimer définitivement.

---

*médecine*, 1832, tom. II, pag. 102. — Roubaud (*Traité de l'impuissance et de la stérilité*; Paris, in-8°, 1854, pag. 539) a vu un cas semblable. On peut citer encore celui de Bennett (de Damburg), dans lequel deux opérations furent faites sans succès. (*American Journal of medical science*, avril 1841, pag. 348.) — Richet; *Anatomie médico-chirurgicale*; Paris, 1857, pag. 767.



On ne devra pas moins s'abstenir lorsque les règles s'écoulent, soit par le méat, soit par l'anús. On pourrait pourtant la tenter si la malade la réclamait instamment et si l'obstacle était peu considérable ; mais avant tout il faudrait s'enquérir de l'étendue de la fistule, et rechercher si elle est susceptible d'être guérie. Un cas analogue à ceux qui se sont offerts à MM. Velpeau et Bouisson ne peut donner lieu à la moindre tentative ; au contraire, on doit respecter l'obstacle qui remédie aux inconvénients d'une fistule vésicovaginale.

L'âge de la malade doit être considéré. Toute opération, légitime de 20 à 30 ans, ne l'est plus quand on a dépassé la quarantaine. De La Mare, qui refusa d'écouter les prières d'une femme de 45 ans, eut lieu de s'en applaudir, car six mois après le calme survint et la santé se rétablit. Dans d'autres cas, au contraire, en opérant, on s'est conduit avec non moins de sagesse. On ne peut poser à ce sujet de règles absolues ; on doit baser sa conduite sur les circonstances et la marche des événements : il convient de s'abstenir lorsque la ménopause s'est établie, ou lorsque les accidents menstruels diminuent d'intensité ; il faut, au contraire, opérer lorsque les saignées et l'opium, employés à l'imitation de mon aïeul (obs. xxi), restent infructueux, et que la tumeur suit une marche ascendante. Qu'on ne l'oublie pas, deux femmes ont succombé (obs. xv et xvi) quoiqu'elles eussent atteint la cinquantaine.

Hors ces cas, l'intervention immédiate est la règle. Le passage du sang de l'utérus dans les trompes, qui charge de douze décès la statistique de la mortalité, est un considérant qui bat en brèche toute idée de temporisation. En outre, plus les règles se seront répétées, plus les parties auront été distendues, et moins elles seront aptes à revenir sur elles-mêmes, et plus l'inflammation et la putridité seront difficiles à éviter. Enfin, les douleurs prolongées et violentes usent les constitutions et les rendent moins propres à résister aux accidents consécutifs.

Malgré sa gravité, la distension des trompes par le sang menstruel ne contre-indique pas absolument l'opération. Sans doute, en faisant cesser brusquement la réplétion utérine, en provoquant les mouvements vermiculaires des oviductes, celle-ci n'est pas étrangère au détachement des caillots ; mais pouvait-on le prévoir et, l'eût-on prévu, pouvait-on faire autrement ? Je ne le pense pas. D'une part, la perspective d'une mort prochaine, de l'autre les



succès obtenus par Amussat, MM. Debrou et Barnotte autorisent une conduite active. En cas d'insuccès, la réputation du médecin pourrait être compromise, mais du moins sa conscience n'aurait rien à se reprocher. On l'a dit bien des fois : *Melius est anceps quam nullum remedium*.

Il est admis, en chirurgie, qu'on doit s'abstenir de toute opération pendant la durée des règles. Trop d'exemples sont venus démontrer l'utilité de ce précepte, pour qu'on ait lieu de l'abroger ; ici, du reste, plus que toute autre partie, on a de fortes raisons à ne point s'y prêter. Toucher aux organes génitaux alors qu'ils sont le siège d'un mouvement fluxionnaire et d'une congestion physiologique, c'est s'exposer sciemment à en perturber le cours. Tout le monde s'accorde à le penser, et pourtant beaucoup, — près de la moitié, — l'ont oublié au lit des malades. Ce mésaccord entre la théorie et la pratique ne nous surprend que médiocrement : l'époque des crises provoque en général la venue du médecin, facilite l'obtention du toucher, et démontre éloquemment la nécessité de l'opération. Qu'on ne s'y méprenne pas, ce sont là des excuses et non des arguments sérieux ; le médecin a une autorité dont il faut savoir user, et, lorsqu'il sera convaincu que cette pratique est mauvaise, qu'elle favorise l'explosion des métrô-péritonites et qu'elle perpétue les écoulements muco-purulents, on saura faire différer l'opération. Hors la crise menstruelle, il n'y a que l'embarras du choix, mais les quelques jours qui suivent sont les plus propices et ceux auxquels il convient de s'arrêter.

## § 2.

### DE L'OPÉRATION.

On a deux méthodes : la *méthode directe* et la *méthode indirecte*.

*Méthode indirecte.* — La méthode indirecte, dont je dois m'occuper en historien exact, consiste à attaquer la tumeur dans laquelle est aggloméré le sang menstruel, soit par la vessie, soit par le rectum, et à établir une fistule durable entre l'une et l'autre cavité. Bien que ces deux voies ne vailent pas plus l'une que l'autre, la seconde a été seule mise en pratique. Employée la première fois dans une absence complète du vagin, elle le fut à



l'aide d'un trocart courbe ; on vida ainsi l'utérus , mais trois jours après la malade succombait à une péritonite suraiguë.

On comprend difficilement , mais enfin on comprend qu'un chirurgien aventureux ait pu , il y a quelque quarante ans , aborder l'entreprise <sup>1</sup>, que Magendie et Marjolin aient dans une consultation émis cette idée , que M. Demeaux l'ait laissé échapper dans un article de journal ; mais qu'aujourd'hui , après les progrès réalisés et les succès obtenus , on se propose de la renouveler , c'est ce qu'on a peine à s'expliquer. Et pourtant la chose est réelle , et un homme assurément des plus renommés , Scanzoni , y paraît complètement décidé : « car cette opération est plus facile et moins dangereuse ( que la restauration du vagin ), et elle n'a d'autres inconvénients que d'être répétée si l'organisation de la fistule venait à échouer <sup>2</sup> ». Je ne sais si cette proposition a rencontré des adhérents , mais en tout cas elle est peu faite pour en avoir. On veut éviter ainsi la péritonite , et on s'expose à percer deux fois la séreuse qui descend en arrière du vagin <sup>3</sup>. On veut prévenir les suites du séjour du sang , et par cette ponction on favorise l'épanchement de ce liquide dans la cavité abdominale ; enfin , même en cas de succès , on n'obtient qu'une fistule dont on se contente faute de mieux lorsqu'elle est spontanée , mais dont on a peu à envier l'établissement lorsqu'elle se conquiert aux périls de la vie.

Pour ces raisons , et pour d'autres encore , je repousse la proposition du professeur de Wurtzbourg , et proscriis de toutes mes forces la méthode qu'il a dessein de régénérer<sup>4</sup>.

*Méthode directe.* — La méthode directe consiste à attaquer la tumeur par la vulve et à établir entre l'une et l'autre une communication durable. Elle seule satisfait à toutes les indications , car en parant aux accidents elle

---

<sup>1</sup> Boyer tait le nom de l'opérateur ; Dugès, tenu à moins de réserve, nomme Antoine Dubois.

<sup>2</sup> Demeaux ; *Gazette des hôpitaux*, 1850, pag. 567. — Scanzoni, *loc. cit.*, pag. 418.

<sup>3</sup> D'après M. Sédillot, la séreuse descend jusqu'à 3 centimètres de l'anus ; d'après M. Sappey, la distance serait double.

<sup>4</sup> Depuis que ces lignes sont écrites , il est venu à ma connaissance que quelques chirurgiens anglais et américains (Oldham, Baker-Brown, Hastings Hamilton) ont employé cette méthode. Si leurs revers confirment ce que j'ai écrit, il est à peine besoin d'ajouter que leurs succès ne changent rien à mes conclusions.



ramène les parties à leur état naturel. Elle comprend une foule de procédés que nous ferons connaître en leur temps ; nous ne parlerons pour le moment que de la cautérisation, afin de n'avoir plus à y revenir.

Signalée par Hippocrate et les auteurs anciens, la cautérisation est, à tous les points de vue, indigne d'un tel patronage. Après un accouchement laborieux, une dame noble ne fut plus réglée ; elle éprouvait des douleurs intolérables dans le bas-ventre et surtout dans les lombes ; l'utérus était dur et gonflé. Le 22 septembre 1594, Félix Plater appliqua le caustique, mais la mort survint avant qu'il eût dépassé l'obstacle. Le bas-ventre fut trouvé rempli d'une eau sanguinolente, noire et fétide ; l'utérus avait un grand volume et contenait un liquide identique. A peu près vers la même époque, un autre professeur de Bâle, Gaspard Bauhin, attaqua de la même façon une imperforation de l'hymen ; à la mort, arrivée avant la chute de l'escarre, on trouva l'utérus plein d'un sang grumeux<sup>1</sup>.

Quoique, pour le premier cas, le décès ne soit pas imputable au moyen mais à la marche naturelle de la maladie, et que faute de détails on ignore ce qu'on doit penser du second, on ne saisit pas les raisons qui en pareille occurrence peuvent autoriser l'emploi des caustiques. Leur maniement difficile, l'impossibilité de circonscrire leur action, la formation consécutive et inévitable du tissu cicatriciel, sont des inconvénients que ne rachètent nuls sérieux avantages ; aussi concluons-nous à leur rejet.

L'instrument tranchant a au contraire de nombreux titres à la préférence dont il a été l'objet. La promptitude de ses effets, son maniement plus facile et plus sûr, les résultats qu'il a donnés, expliquent l'universalité de son adoption, et lui assurent une indéniable prééminence.

*Précautions préliminaires.* — Avant toute opération, la vessie sera vidée avec une sonde de gomme élastique, qui, mieux que toute autre, remédie à la déviation de l'urètre. En même temps, on aura eu le soin d'évacuer le rectum par des lavements pris la veille et le jour même, et au besoin par un purgatif doux si la constipation était opiniâtre.

---

<sup>1</sup> Felicis Plateris *Observationum*, lib. tres; Basileæ, 1614, in-8°, lib. I, pag. 241. — Casparis Bauhini *Theatrum anatomicum*; Paris, 1621, lib. I, cap. xxxix, pag. 133.



L'appareil instrumental se compose : 1° d'un spéculum plein ; 2° d'une sonde d'homme ; 3° de bistouris droits, convexes et boutonnés, garnis de linge dans une grande partie de leur étendue ; 4° de ciseaux droits et courbes ; 5° de plusieurs sondes et stylets cannelés ; 6° d'un trocart ; 7° de sondes en gomme élastique de calibre divers ; 8° d'un bassin pour recevoir le liquide ; 9° d'une seringue ; 10° d'une solution concentrée d'ergotine, et 11° de bourdonnets de charpie. Suivant les cas, cet appareil sera réduit ou même augmenté.

Pour l'opération, la femme sera couchée sur le dos, au bord du lit, comme pour l'introduction du spéculum, et en face d'une fenêtre, afin que les parties soient bien éclairées. Le bassin sera relevé, les cuisses et les jambes seront fléchies et maintenues écartées, enfin la tumeur épigastrique sera comprimée autant pour la faire descendre que pour la fixer. A moins de contre-indications particulières, on devra recourir à l'anesthésie ; si l'on peut s'en passer, lorsque le sujet est courageux et l'obstacle peu étendu, il n'en est plus de même lorsqu'il est indocile ou pusillanime, et que l'opération est présumée longue et minutieuse. Dans tous ces cas, la chloroformisation est un adjuvant utile en même temps qu'elle concourt à simplifier les suites.

#### PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Quoique le but à atteindre soit le même, et qu'il faille toujours créer ou rétablir la voie interrompue et la maintenir rétablie, les moyens d'exécution doivent forcément varier. On ne crée pas un vagin absent dans toute son étendue, comme on enlève un obstacle constitué par une simple membrane ; nous sommes donc amené à examiner séparément chacune des espèces, à signaler les procédés qui leur conviennent, et à faire connaître les résultats qu'ils ont donnés. Nous suivrons pour cette étude l'ordre dans lequel elles ont été exposées<sup>1</sup>.

#### A. *Imperforations de l'hymen.* — L'espèce par laquelle nous débutons

---

<sup>1</sup> Les détails dans lesquels nous sommes entré à propos de l'adhérence des grandes et des petites lèvres, nous dispensent d'y revenir.



est la plus simple et à la fois la plus anciennement connue. On l'a combattue par divers moyens : Hippocrate, ainsi que nous l'avons dit, attaquait l'obstacle avec le caustique ; Avicenne proposait de l'user avec le doigt revêtu d'un linge ; Mauriceau conseillait de le déchirer avec l'ongle ; enfin, d'autres plus nombreux ont recouru, soit au trocart, soit à la lancette, soit au bistouri.

Parmi ces derniers, les uns font l'incision longitudinale, c'est-à-dire d'avant en arrière, les autres horizontale, d'autres l'une et l'autre, tandis qu'il en est qui combinent l'excision à l'incision cruciale. Au besoin, tous ces procédés pourraient être indifféremment adoptés ; pourtant, à vrai dire, les premiers valent moins : d'abord ils nécessitent l'emploi d'une mèche qui, trop grosse gêne la sortie des liquides, et trop petite est facilement expulsée ; ensuite ils ont donné une récurrence et retardé dans trois cas l'expulsion de l'enfant<sup>1</sup>.

Quoique préférables, les derniers ne sont pas à l'abri de toute critique. On leur a reproché d'amener une déplétion trop rapide des parties distendues, de provoquer de violentes douleurs expulsives, et de favoriser les lipothymies et les syncopes. Ces reproches, fondés dans l'espèce, nous ont valu plusieurs modifications. Ainsi, M. Michon pratique une incision oblique et transversale, de telle façon que la lèvre antérieure fasse soupape ; M. Bernutz conseille un trocart de petit calibre muni d'une baudruche ; enfin, M. Chassaignac pratique une double ponction, et y fait passer un tube en caoutchouc vulcanisé, percé de trous, qu'il noue en anse au dehors<sup>2</sup>. Tout en reconnaissant l'utilité de ces modifications, on ne les adoptera point, car elles ont le tort, surtout les deux dernières, de nécessiter une nouvelle incision. Voici en pareil cas comment je procéderaï :

Après avoir fait bomber l'hymen, on en saisit le centre avec des pinces, tandis que la main droite armée de ciseaux courbes et d'un bistouri emporte

---

<sup>1</sup> Guillemeau ; *loc. cit.*, pag. 440. — Seaton ; *Revue médicale*, 1851, tom. I, pag. 672. — Duclos ; *Gazette médicale de Paris*, 1852, pag. 164. — De Schacken ; *Société de médecine de Nancy*, 1861.

<sup>2</sup> Michon ; *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1851, pag. 343. — Bernutz ; *Clinique médicale des maladies des femmes*, 1860, pag. 303. — Chassaignac ; *Gazette des hôpitaux*, 1861, pag. 32.



un lambeau circulaire de 2 centimètres de diamètre. On fait alors cesser les pressions à l'hypogastre, on explore les organes génitaux avec l'index, et on substitue au doigt une sonde en gomme élastique de moyen calibre, mais suffisamment garnie pour obturer complètement l'ouverture.

Par cette conduite, on échappe à tout reproche : le sang ne jaillit pas au loin<sup>1</sup>, mais il s'écoule peu à peu et permet aux cavités de revenir sur elles-mêmes ; et d'autre part l'air, arrivant moins aisément, influence d'une manière moins fâcheuse la cavité utérine.

Au reste, quel que soit le procédé que l'on adopte, les *accidents immédiats* n'ont pas grande importance : ou ils sont nuls, ou bien ils se réduisent à quelques phénomènes nerveux de peu de durée. On n'a jamais noté d'hémorrhagie, et elle ne serait possible qu'au cas où une artériole parcourrait anormalement l'épaisseur de l'hymen.

D'ordinaire, les *suites* sont des plus simples : quelques coliques insignifiantes, un peu d'accélération dans le pouls, tel est en général le lot des opérées. Parfois même ces phénomènes manquent, et elles n'accusent qu'un bien-être, qu'un contentement extrême dont il faut avoir été témoin pour s'en faire une idée. Pendant ce temps, les parties distendues se rétractent ; à l'écoulement abondant qui suit l'opération fait place un stillicidium de sang noir ; à celui-ci, et au bout de deux ou trois jours, succèdent des mucosités blanchâtres plus ou moins abondantes. Cet écoulement dure de dix à seize jours, il ne se prolonge que lorsque l'opération a été pratiquée à l'époque des règles. Quant au traitement, le repos, les bains, les injections émollientes et détersives le constituent à peu près tout entier.

Quoique des opérées aient pu négliger toute précaution, on fera bien de ne pas imiter cet exemple. En dépit de l'insignifiance de l'opération, les suites peuvent être graves. On a vu la fièvre s'allumer, l'écoulement devenir fétide ; on a observé des métrites et même l'inflammation du péritoine.

---

<sup>1</sup> On l'a vu projeté à plus d'un mètre (Marchand), éteindre un flambeau qu'un serviteur avait remué (Beniveni), et faire échapper des mains le bassin destiné à le recevoir (Daniel).



OBSERVATION XXIII.

Imperforation de l'hymen. — Accidents depuis plusieurs années. — Opération. — Écoulement de trois litres de liquide. — Péritonite mortelle au bout de six jours.

Sabine Hafenrichter, servante, âgée de 47 ans, entra à l'hôpital le 17 février 1825. Elle était cachectique et souffrait depuis plusieurs années; elle n'a jamais été réglée, mais elle a été souvent maltraitée par ses parents qui, vu le développement de son ventre, la croyaient enceinte. Son ventre, gros comme celui d'une femme enceinte de quatre mois, était tendu et douloureux au toucher; difficulté d'uriner, mais selles régulières; hymen imperforé cachant entièrement l'entrée du vagin.

Le 18, on perfora l'hymen; il s'écoula trois litres de sang noir, filant, épais, ne se séparant pas en caillots et en sérum après dix jours de repos. Aussitôt après l'opération, qui fut très-douloureuse, les douleurs cessèrent dans le ventre: tente huilée entre les bords de la plaie.

Les jours suivants, des symptômes d'inflammation de l'ovaire droit et du péritoine se déclarèrent et firent des progrès si rapides que, malgré un traitement énergique (saignées, sangsues, bains, calomel, frictions mercurielles), la malade mourut le 24, c'est-à-dire six jours après.

On trouva le péritoine encore un peu enflammé et une exsudation purulente d'environ 400 grammes: l'ovaire et la trompe du côté droit adhéraient entre eux et étaient très-enflammés; l'ovaire gauche et l'utérus, un peu volumineux, n'offraient au contraire que peu d'inflammation; le vagin était très-élargi, à parois épaisses, plissées et à peine rouges; le col utérin était à peu près effacé<sup>1</sup>.

A part un autre cas signalé par Burns, la guérison a toujours été obtenue, mais non sans tribulations. Une des opérées de Brodie, n'ayant pas voulu rester à l'hôpital, n'échappa qu'à grand'peine à la mort. Pour les autres, on a à signaler, en outre, l'apparition tardive des accidents. De Haën les vit survenir au quatrième jour, Vawdrey au huitième, Petit (de Corbeil) au neuvième, Bell dans le courant de la troisième semaine. Si ce dernier fait peut être taxé d'exception, il ne saurait en être de même pour les autres. Mettant à profit l'enseignement qui en ressort, on tiendra l'opérée à un régime sévère et la condamnera au repos pendant dix ou douze jours.

Quant aux quatre autres cas dont il me reste à parler, ils incriminent plus

---

<sup>1</sup> Textor; *Gazette médicale de Paris*, 1847, pag. 850.



directement encore la rétention du sang menstruel. Passé de l'utérus dans les trompes et de celles-ci dans la cavité péritonéale, ce liquide a provoqué des accidents que l'art a été impuissant à conjurer. Telle est l'interprétation qu'il faut donner aux faits de Moore, Brodie, de MM. Marchand et Paget.

En résumé, l'opération est insignifiante par elle-même, mais l'accumulation du sang menstruel lui donne parfois une grande gravité, puisqu'on a 6 décès sur 159 opérations.

B. *Atrésies du vagin*. — Les imperforations membraneuses n'offrent pas plus de dangers que les précédentes. N'était leur siège, qui les rend moins accessibles, elles réclameraient un traitement identique. On peut y remédier de plusieurs façons : on plonge un trocart ou un bistouri droit au milieu de la membrane et, une fois le liquide écoulé, on incise en divers sens, jusqu'à ce que le doigt puisse commodément passer. Lorsqu'elle est placée à la partie supérieure du vagin, on peut recourir encore au procédé suivant : on dispose un spéculum plein de manière à faire bomber l'obstacle, on en saisit le milieu avec une érigne, et on fait avec un bistouri à long manche une perte de substance circulaire. Quel que soit le procédé qu'on adopte, on doit employer les précautions précédemment exposées.

Les suites sont simples. Il y a eu une fois un léger phlegmon de la fosse iliaque<sup>1</sup>. Quant aux deux cas de mort, ils sont dus au reflux du sang et s'accompagnaient de la rupture de la trompe.

En même temps qu'elles exposent à des dangers semblables, les atrésies *moyenne et considérable*, les atrésies *accidentelles* en font courir d'autres. Le manuel opératoire se complique, l'instrument tranchant a à se frayer un long parcours, et à chaque instant la minceur des tissus fait craindre qu'un faux mouvement, un coup trop brusque ne lèsent les organes voisins.

Ces difficultés firent-elles reculer les anciens, ou des cas semblables ne leur furent-ils pas soumis ? On ne sait ; mais, à moins de torturer les textes, on ne peut en induire qu'ils les ont victorieusement surmontées. L'honneur de l'initiative appartient à Félix Plater (22 septembre 1594), et c'est seulement de 1670 que date le premier succès. Henri van Roonhuysen, auquel il est dû, eut même le privilège d'en recueillir un autre encore.

---

<sup>1</sup> Piachaud ; *Gazette des hôpitaux*, 1857, pag. 464.



Soit habileté moindre, soit difficultés plus grandes, ses imitateurs ne furent point aussi heureux. Benevoli laissa l'opération inachevée, et de Haën (1761) égara son instrument dans la vessie. Ce dernier fait, publié avec détails, eut un grand retentissement et une influence plus désastreuse encore. En vain Cormish obtint-il, quelques années après (1774), un magnifique succès; en vain Richter, Voisin, Denman, etc., furent-ils également heureux: leurs faits passèrent inaperçus, et Boyer, le classique par excellence, crut n'être que juste en proscrivant cette opération et agir sagement en assistant, les bras croisés, à la longue agonie de sa malade. Après avoir professé une opinion contraire, Dupuytren s'y rallia dans les dernières années de sa vie, et, dans une leçon que son neveu nous a conservée, il renonça à pratiquer cette opération. En 1859, les choses en étaient venues à un tel point, que Capuron crut être l'interprète du sentiment général, lorsqu'il déclara en pleine Académie « qu'il vaut mieux, dans de tels cas, abandonner les femmes à la nature que de compromettre les ressources de l'art par des opérations infructueuses et mortelles. » Enfin, d'autres, sans la proscrire, ont écrit des phrases comme celle-ci : « J'ai vu pratiquer trois fois cette opération, et trois fois la mort en a été la conséquence plus ou moins prompte<sup>1</sup>. »

Mes recherches dissiperont, je l'espère, l'effet de ces assertions, et la restauration du vagin prendra dans la science la place à laquelle elle a droit.

#### PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Tout en poursuivant un même but, les opérateurs qui se sont succédé ne se sont pas astreints aux mêmes moyens; on a tout d'abord agi à sa guise et adopté l'instrument qui paraissait le mieux approprié. Les uns, et c'est le plus grand nombre, recourent au trocart; les autres au bistouri; ceux-ci au pharyngotome de J.-L. Petit, ceux-là au décollement du tissu cellulaire, tandis que d'autres combinent l'action du bistouri à celle du doigt, de l'ongle et de la sonde cannelée. Toutes ces modifications, et j'en passe, n'ont pas une égale valeur: soit à cause de leur inutilité, soit à cause du

---

<sup>1</sup> Dupuytren, cité par Pigné; *Traité de chirurgie* de Chélius, tom. II, pag. 62. — Capuron; *Bulletins de l'Académie de médecine*, 13 septembre 1839. — Vidal (de Cassis); *Traité de pathologie externe*, 3<sup>e</sup> édit. Paris, 1851, tom. V, pag. 330.



danger qu'elles font encourir, plusieurs peuvent être rejetées *à priori*, les deux dernières méritent seules d'être discutées.

*Procédé d'Amussat.* — Le procédé appliqué en 1852 par Amussat s'effectue en plusieurs séances : il consiste dans une série de pressions plus ou moins violentes exercées à l'aide du doigt ou d'un corps moussé, et destinées à refouler, à déprimer la muqueuse vulvaire dans la fossette qui répond à l'entrée du vagin absent. Mais bientôt la muqueuse, ramollie par le travail inflammatoire et ne pouvant du reste être indéfiniment refoulée, finit par céder, et alors le doigt ou les instruments moussés arrivent dans la couche de tissu cellulaire qui sépare la vessie du rectum. On continue à agir de la même façon, et, après plusieurs séances à intervalles plus ou moins rapprochés, on arrive à la tumeur et on perçoit distinctement la fluctuation ; on est alors autorisé à diviser la dernière barrière avec le trocart ou le bistouri.

En un mot, refoulement de la muqueuse et décollement des parois vésicale et rectale, tel est ce procédé. Le premier temps, complètement original, appartient à Amussat ; quant au second, l'honneur ne lui en revient pas tout entier. Stoltz <sup>1</sup> (1851), Fletcher (obs. xxii), Willaume (de Metz) (1825), Dupuytren (1817), l'avaient, avant lui, mis en pratique. Il est pourtant une différence : ces auteurs joignaient au doigt l'action du bistouri, tandis que Amussat n'y a point eu recours.

Bien qu'il ait fait des prosélytes et qu'il ait provoqué des admirations enthousiastes, le procédé d'Amussat est plus séduisant que parfait. Ainsi, son application est restreinte ; on ne peut l'employer, ni dans les atrésies accidentelles, ni dans les cas où les parois rectale et vésicale sont séparées par un tissu résistant. Ensuite, ses effets se font attendre ; pour arriver à l'utérus, Amussat eut besoin de six séances et de dix jours, M. Patry de quatre séances et de treize jours. Qu'on ne s'y méprenne pas, l'inconvénient est moins dans la perte de temps — les cas sont rares où il y ait impérieuse nécessité à faire cesser sur-le-champ la distension utérine — que dans les douleurs inséparables des déchirures et dans les accidents qui les accompagnent. Le travail inflammatoire peut, il est vrai, être enrayé ; mais il reste un excès

---

<sup>1</sup> Stoltz ; Thèse de Strasbourg, 1834, n° 1065 ; Waille, pag. 5.



de sensibilité qui rend les tentatives ultérieures très-douloureuses. Malgré son vif désir de devenir propre au mariage, Louise Colombain se lassa après cinq tentatives ; ensuite, tantôt pour un prétexte, tantôt pour un autre, l'introduction du corps dilatant devint irrégulière ; bref, lorsqu'un mois et demi après elle sortit de la Pitié, la partie inférieure du vagin, revêtue de la muqueuse refoulée, conservait seule ses dimensions ; quant à l'autre, elle était réduite à une fistule très-étroite <sup>1</sup>. Cet inconvénient de la multiplicité des séances avait frappé du reste Amussat ; car dans les réflexions qui suivent sa belle observation, il écrit : « Si je rencontrais un cas analogue, je procéderaï comme je l'ai fait, mais je tenterais de détruire la soudure des organes en une seule séance, et de faire la ponction de l'utérus immédiatement après. » C'est là, on le voit, une modification radicale ; mais j'ignore jusqu'à quel point elle serait possible sans le concours de l'instrument.

Dans les deux cas où ce procédé a été employé dans son entier <sup>2</sup>, la guérison a eu lieu ; mais, ainsi que le remarque M. Verneuil <sup>3</sup>, cela ne prouve rien. Ainsi que je l'ai signalé, du reste, le danger n'est pas dans l'opération en elle-même, mais dans les accidents inhérents à la rétention, et, sous ce rapport, les malades auxquelles je fais allusion n'y ont point échappé. Pendant les deux premiers jours qui suivirent l'ouverture de la poche sanguine, M<sup>lle</sup> S... K... fut en proie à des accidents qui firent craindre pour la vie <sup>4</sup>. La péritonite qui se déclara chez Catherine J... ne fut pas moins grave ; à plusieurs reprises, malgré des soins incessants et un traitement énergique, on redouta un dénouement funeste <sup>5</sup>. Quant au résultat définitif, il n'a pas été également heureux : M<sup>lle</sup> S... K... vit, après quelques entraves, se rétablir la menstruation, mais plus de trois ans après le vagin n'admettait que des bougies de cordes à boyau de six lignes de diamètre, et Magendie, Mar-

---

<sup>1</sup> Bernutz, *loc. cit.*, pag. 315.

<sup>2</sup> *Bulletin général de thérapeutique*, 1847, tom. XXXIII, pag. 405. On ignore le résultat de ce cas, où Amussat recourut au décollement.

<sup>3</sup> Verneuil ; *Rapport à la Société de chirurgie sur l'observation de M. Patry*. (*Gazette des hôpitaux*, 1861, pag. 69.

<sup>4</sup> Amussat ; *Gazette médicale*, 1835, pag. 785.

<sup>5</sup> Patry ; *Gazette des hôpitaux*, 1861, pag. 70.



jolin, A. Dubois et M<sup>me</sup> Boivin la déclaraient impropre au mariage. Catherine S... vit, il est vrai, se refermer l'ouverture artificielle de l'utérus, mais après une nouvelle ponction elle a été régulièrement menstruée et a pu se marier.

En somme, le procédé d'Amussat a des inconvénients majeurs : il est d'une application restreinte, il nécessite plusieurs séances et exige, de la part de la malade, une très-grande docilité. Quant à ses avantages, ils ont été exagérés; malgré de nombreuses opérations d'atrésies congéniales, on n'a pas signalé d'hémorrhagies importantes, et le cas de De Haën est encore aujourd'hui le seul dans lequel la vessie ait été intéressée.

*Procédé de Dupuytren.* — Le procédé imaginé par Dupuytren vers l'année 1817 consiste dans l'emploi combiné de l'instrument tranchant et du décollement du tissu cellulaire. En voici la première application :

OBSERVATION XXIV.

Absence du vagin et imperforation du col; incision de la muqueuse vulvaire et décollement du tissu jusqu'à l'utérus. — Ponction avec le trocart, ouverture agrandie par le lithotome. — Mort par péritonite au bout de quelques jours.

M<sup>lle</sup> ... âgée de 17 ans, était nubile depuis quinze mois, mais une absence complète du vagin retenait dans l'utérus le produit de la menstruation. Les accidents étaient ceux de la rétention menstruelle. Il y avait tumeur à l'hypogastre, et le doigt, introduit dans le rectum, la sentait à un pouce et demi de profondeur. Le canal de l'urètre et le rectum sont presque appliqués, et si l'on introduit une sonde dans le méat et que l'on place l'index dans le rectum, on sent, à un quart de pouce de profondeur, les parois de ces deux organes collées l'une à l'autre et séparées seulement par une couche excessivement mince de tissu cellulaire. Dupuytren, appelé, fit une incision semi-lunaire, transversale, et d'un pouce et demi de longueur, au milieu de l'espace qui séparait le rectum d'avec le canal urétral. Le bistouri ne rencontra sous la peau que du tissu adipeux, et ce ne fut qu'à l'aide du doigt et du bouton dont on se sert pour la lithotomie, qu'il parvint, avec la plus grande dextérité, à séparer les deux conduits qu'une demi-ligne de tissu cellulaire unissait. Arrivé à l'utérus, l'opérateur fit la ponction avec un trocart, après s'être bien assuré que le rectum ne formait aucun pli au-devant de la tumeur. Un stylet fut ensuite passé dans la canule, qui donna issue à du sang épais, filant et sans odeur. Ce stylet servit ensuite de conducteur au lithotome caché du F. Côme, au moyen duquel l'ouverture, agrandie sur les côtés, laissa échapper une grande quantité de matière fibrineuse. Après



cette opération, l'état de la malade s'était sensiblement amélioré pendant trois jours, mais ensuite symptômes très-intenses de péritonite et mort au bout de quelques jours <sup>1</sup>.

Malgré ses conséquences, l'opération a été bien conduite, et encore aujourd'hui elle peut être proposée en exemple; elle signale un progrès incontestable, et pourtant elle est restée longtemps perdue pour la science.

En 1825, Willaume (de Metz) associa le trocart au décollement du tissu cellulaire, et son entreprise fut couronnée de succès; un peu plus tard Fletcher (obs. xxii) usa du bistouri; puis, introduisant une grosse sonde en gomme élastique, il frappa dessus à plusieurs reprises avec un maillet. En 1851, M. Stoltz associa le décollement à l'action du bistouri. Enfin, en 1852, Amussat recourut au décollement et lui fit une part plus large encore. Quoique venu chronologiquement le dernier, il a droit à une mention spéciale, car son travail a contribué puissamment à vulgariser cette pratique.

*Manuel opératoire.* — Après avoir convenablement disposé la femme, on vide la vessie au moyen d'une sonde d'homme que l'on confie à un aide, qui la tient relevée vers le haut. On ne la supprime pendant l'opération que si l'obliquité des parties devait la rendre une cause de gêne. On porte ensuite l'index de la main gauche dans l'intestin aussi loin que possible, afin de servir de guide au bistouri et tout à la fois de protecteur pour le rectum.

Après ce temps préliminaire, l'opérateur, placé entre les cuisses de la malade, pratique une incision transversale au centre de l'obstacle, ou bien dans la fossette vulvaire si le vagin manque complètement. Lorsque le tissu cellulaire est lâche, il peut décoller avec le doigt, la sonde, le manche du bistouri, jusqu'à la tumeur, les parois vésicale et rectale; lorsqu'il est tassé ou trop résistant, il dissèque à petits coups, écartant les tissus avec le manche, le doigt, plutôt que de les sectionner, et, lorsqu'il est besoin, débridant sur les côtés avec un bistouri boutonné. Dans tous les cas, il agira avec lenteur et circonspection, s'arrêtant de temps en temps pour interroger du doigt et s'assurer à quelle distance il se trouve des organes qu'il faut res-

---

<sup>1</sup> Sabatier; Thèses de Paris, 1818, n° 68, pag. 40. Je ne connais pas d'autre relation de ce fait. Boivin et Dugès ont signalé un cas analogue quant à la terminaison; mais, faute de détails, j'ignore si c'est le même.



pecter. Lorsque le canal rétabli admettra largement l'index, lorsqu'une perception plus nette de la fluctuation dénoncera le voisinage de la collection sanguine, on sera autorisé à y plonger un trocart, et un liquide brun, sirupeux, couleur lie de vin, annoncera qu'on est parvenu au but. On fera alors cesser les pressions sur l'utérus, on laissera écouler par la canule une grande partie du liquide; puis, lui substituant une sonde cannelée, on agrandira l'ouverture par des incisions multiples pratiquées sur les côtés, et on assurera ainsi le résultat définitif.

On portera ensuite une sonde en gomme élastique dans la cavité utérine, et on poussera par son intermédiaire, mais avec très-peu de force, plusieurs injections d'eau tiède. Ce lavage, pratiqué avec une petite seringue, devra être fait avec beaucoup de précaution.

Le pansement terminé, on éponge, essuie les parties, et l'on place l'opérée dans un lit garni d'alèzes, afin de garantir les draps de la souillure des mucosités sanguinolentes qui s'écoulent pendant les premiers jours.

Ce procédé est applicable à tous les cas; seulement, suivant les circonstances, l'action du doigt ou des instruments mousses peut se restreindre de plus en plus et devenir même complètement nulle. S'il est logique de distinguer les cas de ce genre — car ce sont les plus graves et ceux qui donnent le plus d'accidents — on ne doit pas, avec M. Verneuil, leur consacrer un procédé différent. Je n'y vois du moins aucune utilité : la conduite de l'opérateur reste la même; les recommandations, les préceptes sont identiques; seulement, pour mener à bien une pareille entreprise, on ne saurait trop allier la prudence à l'habileté.

*Accidents de l'opération.* — Laisser l'opération inachevée est un accident fâcheux pour le chirurgien et décourageant pour la femme. On n'en connaît aucun exemple pour les atrésies congénitales, mais par contre on peut en citer plusieurs pour les oblitérations. A en croire Peu, Paris en aurait offert un exemple au xvii<sup>e</sup> siècle. L'infirmité datait de huit ans, lorsqu'un jeune chirurgien lui promit des merveilles : « Elle me demanda mon avis là-dessus; comme je connaissais le terrain, je lui conseillai de se bien garder de n'en rien faire; on n'y eut point d'égards, je fus tondu »; et sur ce, une description plaisante de la tentative opératoire. A en croire La Motte, cette histoire



aurait été falsifiée : le prétendu jeune chirurgien était un nommé Simon, alors âgé de 50 ans, et l'opération non-seulement fut achevée, mais encore réussit fort bien. Dans une des observations de Roonhuysen, le rectum fut blessé et l'opération laissée inachevée ; mais une fois que la piqûre fut cicatrisée, on y revint avec succès. Benevoli a consigné un fait analogue, mais on ignore s'il y eut une seconde tentative et quel en fut le résultat<sup>1</sup>.

Malgré les progrès réalisés, le XIX<sup>e</sup> siècle fournit un nombre de cas au moins égal. Liston a échoué sur une femme de 20 ans ; le trocart n'arriva pas, on le remplaça par la gentiane, espérant d'y revenir. La péritonite n'en donna pas le temps, et emporta la malade au dixième jour. Le fait relevé par M. Verneuil est moins malheureux. Une première opération lésa la vessie, une seconde le rectum, enfin la dernière, effectuée par Dieffenbach, amena la guérison. Enfin, dans un dernier cas qu'on me permettra de reproduire, quatre tentatives furent infructueuses, et la femme eût succombé si, dans un violent effort d'expulsion, l'obstacle n'eût cédé<sup>2</sup>.

OBSERVATION XXV.

Oblitération étendue à tout le vagin ; rétention menstruelle. — Quatre opérations restent infructueuses. — Pendant une époque menstruelle, violent effort d'expulsion, suivi de l'écoulement du sang ; depuis, passage des règles par cet étroit conduit.

M. Barth lit à la Société médicale du Haut-Rhin l'histoire d'une occlusion complète du vagin à la suite d'une parturition difficile. Le travail de l'accouchement avait duré trois jours, mais s'était terminé par les seuls soins de la sage-femme ; pendant les couches, il y eut longtemps des douleurs dans les parties génitales ; neuf mois après, l'époque menstruelle fut caractérisée par de vives douleurs abdominales qui durèrent quatre à cinq jours et se calmèrent par de fortes transpirations, sans écoulement de sang. Avant déjà, le mari s'était aperçu que le vagin n'avait pas ses dimensions normales.

L'examen montra, à deux centimètres de profondeur, une occlusion complète du vagin derrière laquelle on ne sentait pas la présence du liquide. Une première tentative d'opé-

---

<sup>1</sup> Peu ; *La pratique des accouchements* ; Paris, 1693, in-8°, pag. 253 à 255. — La Motte, *loc. cit.*, tom. II, pag. 1029. — Roonhuysen, in *Observationes med. rariores Gerardi Blasii*, Amstelodami, 1677, in-8°, pag. 30. — Benevoli, *loc. cit.*, pag. 120.

<sup>2</sup> Liston ; *Gazette des hôpitaux*, 1839, pag. 183. — Verneuil ; *Gazette des hôpitaux*, 1861, pag. 31. Je n'ai pu vérifier l'original, faute d'indication. — Barth ; *Gazette médicale de Strasbourg*, 1844, pag. 222.



ration coupa le plan muqueux transversal à une certaine profondeur sans résultat, et M. Barth jugea prudent d'attendre l'époque menstruelle, qui s'annonça comme les autres fois par des douleurs atroces comparables à celles de l'enfantement. La seconde opération, faite peu de temps après la cessation de ces douleurs, exigea la division des parties coupées une première fois, et qui s'étaient réagglutinées; puis, coupant couche par couche et écartant les membranes tantôt avec le doigt, tantôt avec la sonde, on réussit à pratiquer un canal d'environ cinq centimètres. Une dernière cloison se présente, tendue et résistante; on l'incise et on tombe dans un canal ouvert, mais vide, de deux centimètres de longueur, dans lequel on ne trouve pas le col de la matrice, mais dont le poids cependant se fait sentir. On arrête là l'opération, de peur de blesser le rectum ou la vessie, et on convient d'attendre une nouvelle époque menstruelle, en cherchant à tenir ouvert le canal pratiqué, à l'aide de mèches de charpie. Cependant, la tendance au rétrécissement était telle qu'il fallut, dans une troisième opération, fendre de nouveau ce qui avait été divisé, et se servir, pour maintenir le canal ouvert, de pinces à anneau et d'un cylindre en bois revêtu de linge, ce qui entraîna un écoulement leucorrhéique très-fétide. Malgré tous ces soins, les règles s'annoncèrent comme les autres fois sans couler, et avec bien de la peine on put décider la malade à une quatrième tentative opératoire. Il fallut inciser de nouveau la cloison supérieure; puis, au-delà, on fit encore une autre incision sans oser aller plus loin. Cependant les dernières incisions se refermèrent, et une nouvelle époque menstruelle arriva; cette fois, à la suite d'un violent effort d'expulsion, la femme sentit un craquement, et le sang coula aussitôt avec un grand soulagement.

En examinant la malade, on ne trouva d'autres ouvertures que celles déjà pratiquées; une sonde de femme y pénétra facilement et monta très-haut. Depuis, les règles se sont reproduites par cet étroit conduit, qui donne aussi issue à un écoulement leucorrhéique fétide et brûlant.

Il est regrettable que l'opérateur n'ait pas eu autant de hardiesse que de constance; car avec ces deux qualités il eût mené à bien son entreprise. Je n'ose me flatter que de pareils faits ne se reproduisent plus, et pourtant il me semble que ce travail contient des notions suffisantes pour permettre de les éviter: d'une part la multiplicité des moyens d'investigation, de l'autre les précautions indiquées, autorisent cette espérance.

*Lésion de la vessie et du rectum.* — La blessure du rectum a été, ainsi qu'on vient de le voir, observée par Roonhuysen et Dieffenbach; chez les deux malades, elle fut laissée à elle-même et se ferma rapidement.

A part le cas déjà cité de Dieffenbach, les plaies de la vessie n'ont pas eu une égale bonne fortune; chez la malade de Blandin, il y eut une fistule



que l'art et la nature furent impuissants à guérir ; chez celle de De Haën , il y eut plus encore , puisque la mort survint trois jours après l'opération. Quoi qu'on en ait prétendu , ces accidents pouvaient être évités ; et pour le dernier fait notamment , rien n'était plus facile : l'obstacle n'était pas très-étendu , — il avait un pouce de diamètre et un pouce et demi de longueur ; — le bistouri avait donc un champ suffisant , et , pour s'égarer dans la vessie, il fallut un peu de maladresse ; puisque le mot m'est échappé , je le maintiens <sup>1</sup>.

*Hémorrhagie.* — Cet accident est peu à redouter ; beaucoup n'en parlent pas , ou , si quelques-uns en font mention , c'est pour accuser son insignifiance <sup>2</sup>. Les raisons nous en paraissent tenir moins à l'opération qu'à l'état même des parties : nombre d'autopsies sont , en effet , venues prouver que , dans les arrêts de développement , les vaisseaux manquaient ou tout au moins étaient réduits à un calibre fort exigü. M. Serres (de l'Institut) a même prétendu que c'était là leur cause première. Malgré l'absence de ces conditions dans les atrésies accidentelles , les hémorrhagies n'y sont guère plus fréquentes , et je ne connais qu'une observation dans laquelle on dut recourir au tamponnement <sup>3</sup>. Le cas échéant , on pourrait encore employer ce moyen , mais le plus souvent la compression exercée par le pansement suffira pour arrêter l'hémorrhagie.

Sans avoir de la gravité , l'écoulement sanguin peut du moins devenir gênant. Lorsqu'on a à agir au fond d'un conduit étroit , et qu'il faut à chaque instant étancher le sang qui afflue , l'opération devient d'une difficulté telle que quelques chirurgiens ont jugé convenable et plus sûr de remettre à plus tard son achèvement.

On ignore si ces raisons déterminèrent en 1718 la conduite de Camera-rius , mais on sait qu'il opéra en deux temps et avec un plein succès une femme du peuple qui souffrait depuis trois ans d'une oblitération du vagin.

---

<sup>1</sup> A part le fait de De Haën , tous ces cas concernent des oblitérations survenues à la suite des couches. Ce sont là les seuls cas connus : Boyer , à propos du fait d'Amussat , fit allusion à un cas de ce genre survenu entre les mains d'un chirurgien célèbre ; d'autre part , M. Verneuil prétend que Bérard aurait intéressé la cloison rectale.

<sup>2</sup> Il n'y a d'exception que pour le fait de Kennedy ( de New-York ). *Dublin Medical Press* , 6 décembre 1843.

<sup>3</sup> Nélaton ; *Gazette des hôpitaux* , 1853 , pag. 41.



En 1805, Voisin se comporta de la même façon sur une femme de 27 ans. Le 1<sup>er</sup> septembre, il ponctionna avec le trocart, introduisit une sonde cannelée et incisa jusqu'à une profondeur de deux pouces ; *comme le sang offusquait*, on mit dans le canal une tente d'éponge préparée, environnée de charpie fine, et on la fixa par un bandage en T. Le 4 septembre, on acheva de détruire l'occlusion, et on donna issue à une grande quantité de sang noir. Les règles se rétablirent, mais le canal se rétrécit un peu, parce que la malade se refusa à la dilatation<sup>1</sup>.

Guidé par les mêmes motifs, M. Alphonse Guérin, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, a mis en précepte qu'il fallait opérer en plusieurs temps. Cette conduite lui a été suggérée par les deux observations qui suivent, et que je dois à sa précieuse bienveillance. Qu'il en reçoive ici mes sincères remerciements.

OBSERVATION XXVI.

Angustie accidentelle du vagin consécutive à un écoulement de longue durée. — Deux opérations successives amènent une amélioration notable.

En 1852, une femme de 25 ans environ entra à l'hôpital Necker, dans le service de Lenoir, que je remplaçais, se plaignant d'un vice de conformation dans les parties sexuelles, qui la gênait dans ses relations avec son mari. A l'examen, je constatai la conformation régulière de la vulve, mais le doigt se trouvait arrêté à trois centimètres de profondeur. En palpant par l'abdomen et en touchant en même temps par le rectum, on reconnut l'existence de l'utérus et son éloignement du point où le doigt avait rencontré l'obstacle.

Cette femme n'avait pas eu d'enfant, et l'obstacle, tout à fait accidentel, était consécutif à un écoulement vaginal de longue durée. On ne constata pas de pertuis, mais il devait exister puisque le sang menstruel s'écoulait sans grandes douleurs.

La malade étant couchée comme pour l'opération de la taille, j'introduisis dans ce qui restait du vagin un gros spéculum que je fis maintenir par un aide; puis, avec un bistouri à long manche, j'incisai de droite à gauche. En procédant par petits coups, j'agrandis le canal dans une étendue de deux centimètres et demi environ. Le sang s'écoula d'abord en petite quantité, mais bientôt l'éponge des aides devint impuissante à l'étancher assez vite pour que je pusse continuer à opérer sûrement. Une grosse éponge préparée fut introduite et maintenue par un bandage en T, avant que la malade fût reportée dans son lit.

---

<sup>1</sup> Camerarius; *Éphémérides des curieux de la nature*, 1722, centur. IX et X, obs. 73, pag. 384. — Voisin; Thèses de Paris, 1806, n° 116. Chaussier et Double ont visité l'opérée, qui se trouvait à l'hôpital de Versailles.



Huit jours plus tard je recommençai, et, lorsque le sang m'obligea à m'arrêter, j'étais arrivé si près du col, qu'avec le doigt j'en constatai le volume et la forme. Le pansement fut fait comme précédemment; quoique l'éponge eût été retirée par la malade au bout de quarante-huit heures, une semaine plus tard, quand j'introduisis le spéculum, je reconnus que le vagin s'était conservé intact et que les parois étaient plus extensibles qu'on ne devait s'y attendre. Il me restait bien peu de chose à faire, mais la malade déclara être contente du résultat et ne souffrit pas qu'on allât plus loin. Elle quitta l'hôpital avant d'avoir eu ses règles.

OBSERVATION XXVII.

Absence du vagin et de l'utérus; habitudes de pédérastie; tentative de création d'un vagin.

Un de mes collègues, à l'hôpital de Lourcine, m'ayant prié de le remplacer pour quelques jours, je trouvai dans son service une fille de 16 à 17 ans, vigoureuse et bien constituée. Ayant voulu m'assurer de la gravité de sa maladie — elle avait des plaques muqueuses, — je l'examinai et fus fort surpris en reconnaissant l'absence du vagin. Les grandes et les petites lèvres avaient leurs dimensions normales, le méat urinaire était bien conformé et distant de l'an us de trois centimètres environ. La conformation régulière de la vulve, le visage féminin de cette fille, le développement très-prononcé des seins, l'écoulement menstruel qu'elle assurait avoir, semblaient impliquer l'existence de l'utérus, et pourtant il n'en était rien. En ce qui concerne les règles, la malade me trompait, et le toucher rectal, l'exploration par la vessie, le palper de l'abdomen, ne signalaient aucun organe qui rappelât l'utérus, même de loin.

L'utérus et le vagin manquaient simultanément; néanmoins, comme une grande épaisseur de parties molles séparait le rectum de la vessie, je ne vis aucun inconvénient à créer un vagin, ne fût-ce que pour soustraire la malade à ses habitudes de pédérastie.

Par une incision cruciale faite entre l'an us et le méat, je découvris un tissu rougeâtre, homogène, celluleux et vasculaire; puis, disséquant transversalement, j'arrivai à une profondeur de plus de 0<sup>m</sup>,02. Comme le sang affluait en assez grande quantité, j'enfonçai un morceau d'éponge préparée et le fixai à l'aide d'un bandage approprié. Quelques jours après, je repris l'opération et arrivai à une profondeur de 4 à 5 centimètres. Une éponge préparée fut de nouveau introduite, et, quand elle fut enlevée, le canal admettait un petit spéculum.

Je me proposai de poursuivre, quand le collègue que je remplaçais reprit son service; il ne jugea pas convenable de donner suite à mon entreprise. A mon tour, je m'absentai, et quand je revins la malade était sortie: on me dit que le canal s'était rétréci. La facilité avec laquelle j'avais pu le creuser, me fait croire qu'il eût été aisé de prévenir cet inconvénient.

Quoique, en principe, il soit préférable de détruire l'obstacle en une seule



séance, on sera autorisé à adopter la conduite de M. Alphonse Guérin toutes les fois que l'effusion du sang empêchera d'agir en toute sûreté. A son exemple, on devra interposer dans ce canal artificiel un corps étranger, une éponge préparée, car, sans cela, les bénéfices des premières incisions seraient compromis, s'ils n'étaient totalement perdus.

*Accidents consécutifs.* — Si, avec de l'habileté et de la prudence, on peut prévenir les accidents qui précèdent ou tout au moins en éviter les fâcheux résultats, avec ou sans elles on en est réduit à combattre les accidents dont il nous reste à parler. Tandis que les premiers se mesurent à l'obstacle et à son étendue, les seconds puisent leur origine dans le fait de la rétention menstruelle. A ce titre, ils n'appartiennent en propre à aucune espèce d'atésie, et, si nous en traitons en cet endroit, c'est qu'ils nous ont paru présenter une fréquence plus grande due au voisinage du péritoine et à la durée plus longue de l'opération. Au reste, nous en avons touché quelques mots à propos des imperforations de l'hymen; nous en parlerons encore un peu plus loin, mais nous prévenons une fois pour toutes que c'est ici qu'on en trouvera un aperçu général.

La *métrite* est l'accident le plus fréquemment observé, mais il est, par compensation, le plus bénin. En l'état de simplicité, le repos, les injections émollientes, les cataplasmes laudanisés sur l'hypogastre, les lavements laxatifs et les purgatifs doux en font justice.

Qu'elle l'accompagne ou qu'elle soit seule, l'*inflammation des trompes* est une complication autrement grave; aussi elle doit être activement combattue. Son existence fait craindre un double danger: ou bien la trompe abcède et verse son contenu purulent dans le péritoine, ou bien elle est le point de départ, l'épine de l'inflammation, qui se propage aux alentours.

Qu'elle vienne spontanément ou qu'elle soit consécutive aux phlegmasies mentionnées, la *péritonite* est toujours une redoutable complication. Sa marche, en général suraiguë, est si promptement suivie de la formation du pus, qu'on a lieu de croire que la distension subie par l'utérus, le séjour prolongé du sang, concourent à la production de ce liquide. Il y a là des phéno-



mènes analogues à ceux qui surviennent chez les femmes en couches, ou bien encore il y a une sorte d'intoxication produite par la résorption des matières putrides. Le traitement, il est à peine besoin de le dire, doit être mené avec la plus grande énergie : saignées, sangsues, vésicatoires énormes à l'hypogastre, onctions mercurielles, calomel à doses réfractées, doivent être, suivant les cas, mis en œuvre pour enrayer son cours. On pourra réussir si la maladie est attaquée dès son début, si elle n'est pas trop intense ; mais, dans le cas contraire, on sera fort exposé, comme cela est arrivé à Leroy, Liston, Pitha et Smith Warner, à perdre son opérée<sup>1</sup>.

L'*infection putride* s'annonce par la fétidité de l'écoulement vaginal, la non-rétraction du globe utérin et la venue de frissons prolongés. Le séjour dans une salle d'hôpital, plus encore que l'abord de l'air sur la muqueuse, favorise son explosion. Le seul cas dans lequel elle ait été manifestement observée accuse avec cette influence celle d'une grande mortalité parmi les femmes en couches<sup>2</sup>. Il est bon d'être prévenu de sa possibilité, car, si quelques indices se montraient, on s'empresserait d'y couper court par des injections chlorurées et quinquinées et par l'emploi, soit de l'alcoolature d'aconit, soit surtout du sulfate de quinine à hautes doses.

En général, ces divers accidents se terminent vite : par la mort, cela va de soi, car la violence des symptômes précipite le dénouement ; mais même par la guérison, ce qui ne peut s'expliquer que par l'intervention opportune et rapidement efficace du traitement mis en usage. La maladie prise au début est en quelque sorte jugulée : ainsi la Fatturini, qui avait présenté au troisième jour des symptômes d'ovarite (lisez : *inflammation des trompes*<sup>3</sup>) et tout à la fois de péritonite, retournait, vingt jours après, au sein de sa famille dans l'état de santé le plus florissant<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Leroy (obs. IV). — Liston ; *Gazette des hôpitaux*, 1839, pag. 183. — Pitha, in Scanzoni, *loc. cit.*, pag. 416. — Smith Warner ; *Charleston Med. Journal*, nov. 1857 ; et *British and foreign med. chir. Review*, 1858, tom. XXI, pag. 553.

<sup>2</sup> Leven ; *Bulletin de la Société anatomique*, 1858, pag. 449 ; et Bernutz, *loc. cit.*, pag. 78 à 84.

<sup>3</sup> En l'absence d'un diagnostic différentiel possible, nous admettons ici l'inflammation tubaire : la stase des mucosités et même du sang dans ces organes, le résultat des autopsies, rendent très-légitime cette interprétation.

<sup>4</sup> Filippini ; *Gazette médicale de Paris*, 1854, pag. 446.



Ces accidents se montrent en général peu après l'opération ; d'autres fois, au contraire, leur venue est tardive : chez l'opérée de Kluyskens, la métrite apparut au dixième jour, au moment où l'on pouvait espérer que la guérison aurait lieu sans encombre. Enfin, Manoury (de Chartres) a observé sur une fille de 18 ans un fait encore plus exceptionnel : au sixième mois, un abcès apparut au-dessus de l'aîne ; une diarrhée rebelle à tous les moyens se mit de la partie, la fièvre s'alluma, des sueurs profuses se montrèrent la nuit, et la malade succomba dix mois après l'opération, sans que les règles se fussent établies. Quelle était la cause de cet abcès ? Était-il dû à une inflammation lente du petit bassin, ou bien était-il consécutif à un épanchement de sang ? C'est ce que, en l'absence d'autopsie, nous ne nous permettrons pas de décider<sup>1</sup>.

Les *récidives* sont loin d'être aussi fréquentes qu'on serait tenté de le croire ; elles sont même rares, puisque sur 66 observations elles n'ont été observées que quatre fois. Chez la femme dont M. Maisonneuve a rapporté l'histoire, une métrite violente annula les bénéfices de l'opération. Chez la négresse opérée par Upshur, il faut en accuser la négligence du pansement, puisqu'elle survint trois mois après. Il s'agissait encore d'une négresse dans le cas de Smith Warner ; l'oblitération remontait à deux ans et était consécutive à un accouchement qui avait duré 72 heures. On avait employé le trocart et laissé pendant quelques jours une canule en argent. Quant au dernier, vu le silence de Scanzoni, on ne sait à quelle cause il faut le rattacher<sup>2</sup>.

Pour être moins fâcheuse que la récurrence, l'*étroitesse du canal* n'en doit pas moins être vivement prévenue ; car, une fois établie, sa cure rencontre de sérieuses difficultés. Nous indiquerons plus loin, à l'article *Pansement*, les moyens à y opposer ; pour le moment, nous nous bornerons à quelques particularités relatives à son histoire.

Les dissections insuffisantes sont, avec les pansements mal faits, ses

---

<sup>1</sup> Kluyskens ; *Gaz. méd. de Paris*, 1846, pag. 251. — Manoury ; *Bulletins de l'Académie royale de médecine*, 1839, tom. IV, pag. 92.

<sup>2</sup> Maisonneuve ; *Gazette des hôpitaux*, 1849, pag. 389. — Upshur ; *Gaz. méd. de Paris*, 1854, pag. 37. — Scanzoni, *loc. cit.*, pag. 418.



causes les plus ordinaires. Le seul cas dans lequel l'inflammation figure parmi les antécédents, incrimine avec plus de raison le défaut d'entretien du canal <sup>1</sup>.

En ne tenant compte que des cas dans lesquels la striction est la plus prononcée, on trouve que sur neuf, quatre ont trait à des imperforations <sup>2</sup>, alors que, théoriquement, la proportion des atrésies accidentelles <sup>3</sup> devrait être beaucoup plus forte. Dans les deux tiers, l'opération avait consisté en une simple ponction, soit avec le trocart, soit avec le bistouri.

Les inconvénients qui en résultent sont de deux ordres : le coït est incomplet, douloureux, parfois même impossible, en un mot la femme est inapte au mariage, à moins d'une nouvelle opération ; enfin, en ce qui concerne les règles, l'écoulement en est plus ou moins gêné ; on a vu par intervalles le sang s'amasser au-dessus de l'obstacle, dilater et irriter les cavités : tel était, par exemple, l'état de la jeune fille opérée par Willaume ; tel était, mais à un moindre degré, celui de l'observation v.

Si maintenant nous examinons les faits au point de vue de leur origine, nous voyons qu'en somme les atrésies congénitales sont les mieux partagées. Ainsi, sur 28 cas appartenant à cette classe, deux opérations n'ont pas abouti <sup>4</sup> et deux ont été motivées par des récidives. Quant au résultat, il y a eu six morts, dont quatre dépendant du reflux du sang utérin. Si on élague ces faits, on a deux décès pour 24 cas. Pour les 55 cas <sup>5</sup> appartenant aux atrésies accidentelles, on a huit opérations qui n'ont pas abouti et une qui a dû être répétée pour une récidive. Quant au résultat, il y a eu six morts, dont une dépendant du reflux du sang utérin et une autre d'une pleurésie intercurrente. Si on les élague, on a quatre décès pour 51 cas,

---

<sup>1</sup> Willaume (de Metz); *Revue médicale*, 1826, tom. III, pag. 168.

<sup>2</sup> Willaume, *loc. cit.* — Jamesson; *Gaz. méd. de Paris*, 1842, pag. 696. — De Bal; *Gaz. méd. de Paris*, 1846, pag. 250. — Textor; *Gaz. méd. de Paris*, 1847, pag. 850.

<sup>3</sup> Monod; *Revue médicale*, 1845, tom. II, pag. 519. — Slacker; *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1858, pag. 190. — Voisin; *Thèses de Paris*, 1806, n° 116, pag. 36. — Barth (obs. xxv). — Puech (obs. v).

<sup>4</sup> Ces deux opérations concernent le sujet de Kennedy, dont j'ai négligé de parler précédemment. (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1844, tom. X, pag. 93.)

<sup>5</sup> J'ai élagué tous les cas pour lesquels on ne connaît pas le résultat définitif; j'ai eu un moindre nombre de faits, mais aussi une statistique plus irréprochable.



c'est-à-dire une proportion plus forte que celle des atrésies congénitales. Lorsqu'on réfléchit aux conditions différentes dans lesquelles se trouve placé le chirurgien, ce résultat surprend peu. Le vagin a beau être constitué par un bouchon étendu en longueur ou même manquer tout à fait, les parois vésicale et rectale n'en existent pas moins, et avec de l'habileté, des précautions surtout, on peut arriver à les séparer et à creuser un canal dans leur intervalle. En lisant les observations qui en font foi et dont l'authenticité n'est point douteuse, on est même surpris de la facilité relative avec laquelle on a atteint ce résultat. Dans les oblitérations, les conditions ne sont plus aussi favorables; la perte de substance préliminaire à l'adhésion amincit les deux parois et restreint, par suite, le champ du bistouri; d'autre part, les tissus cicatriciels sont toujours plus durs, plus résistants que le tissu cellulaire ou même le tissu fibreux, que l'on rencontre dans la première catégorie. S'il convient de ne pas se dissimuler les difficultés de l'entreprise, il ne convient pas non plus de s'en faire des montagnes; il faut de l'habileté, de la patience, mais il faut surtout une sage lenteur: c'est en agissant ainsi qu'on arrivera à restaurer le vagin et à surmonter les obstacles qu'on se figurait infranchissables.

C. *Absence du vagin et imperforation du col de l'utérus.* — Lorsque l'absence du vagin se complique de la malconformation du col, l'opération devient plus longue, plus difficile, mais elle n'est pas au-dessus des ressources de l'art. La preuve en a été faite il y a longtemps. Sans remonter au cas de Cormish, sur lequel on conserve quelques doutes, on a pour 1818 celui de Dupuytren (obs. xxiv). Depuis, cette espèce s'est enrichie de nouvelles observations. Outre celle d'Amussat, si souvent invoquée, on a celles de Willaume, d'A. Bérard, de Kluyskens, et plus récemment celles de MM. Debrou, Patry et Huguier. Voilà, ce me semble, des noms bien faits pour entraîner les convictions chancelantes et rassurer les esprits timorés.

Des deux opérations nécessitées par cette double anomalie, l'une nous est connue (création d'un vagin), l'autre ne tardera pas à l'être. Renvoyant donc à chacun de ces articles, nous nous bornerons à consigner ici ce que réclame de spécial leur application simultanée.

Dans cette espèce d'atrésie, le col ne fait point absolument défaut; mais,



incarcéré dans une gangue de tissu cellulaire, il est comme s'il n'existait pas. Naturellement il est indiqué de le dégager ; mais la chose, toujours dangereuse en elle-même, ne l'est pas également. En l'état de vacuité, la longueur à peu près normale du col, l'éloignement suffisant du péritoine, permettent d'agir avec sécurité ; tandis que la consistance différente du tissu (la dureté pour le col, la friabilité pour le tissu cellulaire ambiant) en facilite l'exécution. En l'état de distension, on n'a aucun point de repère, on n'a aucune notion bien précise sur les changements subis par l'utérus ; on sait le col effacé, raccourci, ramolli même, mais on ignore ses nouveaux rapports avec la séreuse. Faute des notions anatomiques qui guidaient dans le premier cas, on en est réduit à des conjectures : or, elles enseignent que si le col se raccourcit, il s'élargit en même temps. En conséquence, une fois arrivé sur le col, que sa consistance, sa forme légèrement conique signalent et caractérisent, on en isolera tout le pourtour, soit avec le doigt, soit avec un instrument mousse, et on sera assuré de ne pas intéresser le péritoine si du point culminant au point extrême de cette dissection il n'y a guère plus de un centimètre de hauteur. Il est à peine besoin de remarquer que ce temps complémentaire devra être exécuté avec la plus grande lenteur et qu'il devra précéder la ponction de l'utérus.

Si l'atrésie vaginale ne s'est jamais reproduite, il n'en a pas été de même pour l'atrésie utérine. MM. Debrou et Patry l'ont observée chez leurs opérées dans le courant du deuxième mois. Quoiqu'il ait fallu recourir à une nouvelle opération, M. Debrou me semble en avoir pris facilement son parti : « En principe, écrit-il, on doit diriger ses efforts plutôt vers la restauration réelle du vagin que vers le rétablissement de l'orifice de l'utérus. A mes yeux, le premier but est plus difficile et plus important que l'autre, parce que, une fois la vie assurée par une première évacuation de l'utérus, si l'orifice pratiqué à celui-ci est trop difficile à maintenir, à cause de la rétraction du trajet vaginal, on peut ne point s'en occuper et remettre à rétablir définitivement cet orifice au temps où le vagin sera lui-même restauré. » Tel ne saurait être notre avis ; aussi, en des cas analogues, adopterions-nous une conduite différente.

Posant en principe que, plus une opération est compliquée, plus elle offre de dangers, je voudrais qu'on procédât en deux temps. Dans le pre-



mier, on creuserait le vagin et on emploierait tous ses soins à l'entretenir et à le constituer ; dans le second, c'est-à-dire deux mois après, alors que la cicatrisation serait complète, on attaquerait l'utérus, et, après l'avoir vidé de son contenu, on pourrait tout à l'aise conserver l'intégrité du canal cervico-utérin. Par cette conduite, les suites seraient singulièrement simplifiées : le premier temps, c'est-à-dire le plus difficile, le plus délicat, serait presque sans danger, puisqu'on n'atteindrait pas des tissus distendus, faciles à s'enflammer et à suppurer, puisque l'air n'arriverait pas sur une muqueuse altérée par le long stationnement de matériaux disposés à la putridité. Dans le second, on partagerait le destin des ponctions de l'utérus ; mais n'ayant plus à s'occuper du vagin, on aurait toute facilité pour conserver le canal cervico-utérin. Telle serait ma manière de faire s'il n'y avait pas rétention ou si celle-ci remontait à moins d'un an, si les accidents n'étaient pas très-intenses ; mais, dans le cas contraire, s'il y avait urgence, en pratiquant simultanément les deux opérations je ne commettrais pas la faute d'abandonner à lui-même l'orifice utérin, et chercherais par des moyens appropriés à conserver intacts les résultats obtenus.

Il me reste peu à ajouter, car les accidents et les suites sont identiques à ceux que nous avons précédemment exposés. Quelques mots suffiront pour caractériser ce qui s'est passé. A. Bérard dut laisser son opération incomplète ; ce ne fut point sa faute, mais celle de la malade, qui sortit de l'hôpital avant qu'on eût percé l'utérus. La péritonite emporta l'opérée de Dupuytren et mit en péril les malades d'Amussat, de MM. Debrou et Patry. Enfin, Guillaume (de Metz) et Amussat obtinrent un ample trajet fistuleux et non point un véritable vagin.

D. *Atrésies du col de l'utérus.* — Les atrésies du col de l'utérus sont essentiellement opérables, et pourtant elles ont eu pendant longues années, que dis-je ? pendant des siècles, une réputation contraire. On le croirait difficilement, si nous ne citons quelques preuves à l'appui. « Si nous le trouvons (l'orifice interne de la matrice) pris ou clos d'une membrane qui empêche la conception, scachez, écrit Fabrice d'Aquapendente, que c'est un mal incurable, vu que l'instrument tranchant ne peut parvenir si haut sans un danger très-évident. »



En 1750, Heister émet une opinion identique : « Comme il est impossible ou du moins très-difficile que la vue porte jusqu'à cet orifice, et par conséquent qu'on puisse l'inciser avec sûreté, et plus difficile de le maintenir, tout accès nous étant interdit à une telle profondeur, je regarde cette opération comme trop dangereuse et, par une suite nécessaire, je tiens le mal pour incurable. » Quelques années plus tard, Burton tenait un semblable langage. Cependant, vers cette époque, quelques chirurgiens se trouvèrent qui se hasardèrent à donner un démenti à ces assertions. Sans autre conducteur que le doigt, sans autres règles que celles que le raisonnement leur dicta, Hemman (1778) et Rathieu (1778) opérèrent les premiers cas d'atrésie congénitale, pendant que Hermann Schützer attaquait avec succès le premier cas d'atrésie accidentelle. Depuis, les faits se sont multipliés et, grâce à l'emploi du spéculum, à une connaissance plus exacte de la position de cet organe, l'*hystérotomie vaginale*, ou, pour employer un nom moins pompeux, la ponction de l'utérus, a pris rang parmi les opérations classiques<sup>1</sup>.

*Procédés opératoires.* — On compte plusieurs procédés, ou, pour parler plus exactement, on a attaqué l'obstacle avec divers instruments. On a employé tour à tour le trocart droit ou courbe, le trocart de Fleurant, la sonde à dard du Frère Côme, le lithotome de Thomas, l'hystérotome de Flamand, les bistouris droit ou boutonné, ordinaires ou spéciaux. Comme l'opération est excessivement simple, je ne recommanderai que le trocart ou le bistouri ; je ferai cependant exception pour les instruments que M. le professeur Courty fit fabriquer pour son opérée (obs. XII) ; car, lorsque le col est élevé, on est singulièrement gêné pour l'atteindre avec les instruments ordinaires. J'en ai fait, au mois de janvier 1862, l'expérience à mes dépens. Ayant à opérer une jeune femme d'un rétrécissement du canal cervico-utérin, j'eus

<sup>1</sup> Fabrice d'Aquapendente; *Œuvres chirurgicales*. Lyon, 1649, chap. LXXXIV, pag. 747. — Heister; *Institutions de chirurgie*, trad. par Paul. Avignon, 1770, chap. CXLVII, pag. 404. — Burton; *Système de l'art des accouchements*, trad. par Lemoine. Paris, 1771-1773, in-8°, tom. II, pag. 371. — Hemman, *loc. cit.* Berlin, 1778. — Rathieu; *Mémoires de la Société royale de médecine*, 1780, tom. II, pag. 249. — Hermann Schützer; *Abhandl. der Schweiz. Academie*, vol. IX, pag. 77; et Chambon; *Traité des maladies des femmes*. Paris, an VII, tom. II, pag. 13. — Faute de savoir pour ces trois faits la date précise de l'opération, nous avons dû donner celle de leur publication.



grand'peine à faire le débridement, par suite de la longueur insuffisante du bistouri. Je me suis promis à l'avenir de n'employer cet instrument qu'après l'avoir ajusté, de façon à m'en servir sans la moindre difficulté.

Après avoir disposé la femme, on applique un spéculum plein, de façon à saisir et à fixer le col ; puis, avec un bistouri convenablement armé, on pique l'endroit où une dépression indique la position primitive ou probable du méat. On a lieu de croire qu'on est arrivé dans la cavité utérine lorsque, à une sensation de résistance vaincue, vient se joindre l'apparition d'une gouttelette de liquide caractéristique : on élargit l'ouverture par de petites incisions faites en divers sens, et on donne issue au liquide accumulé. On retire alors le bistouri, le spéculum, et, une fois le liquide en partie écoulé, on porte dans la cavité utérine une sonde en gomme élastique, par l'intermédiaire de laquelle on pousse quelques petites seringues d'eau tiède. On éponge, essuie les parties, et porte l'opérée dans un lit garni d'alèzes, afin de garantir les draps de la souillure des mucosités sanguinolentes qui s'écoulent pendant les premiers jours.

Quand on emploie le trocart, on peut se passer du spéculum ; on le conduit alors sur l'index, la pointe retirée dans la canule jusqu'au point à traverser, puis on enfonce brusquement le poinçon et la canule. On doit recourir ensuite aux incisions multiples et aux précautions dont il vient d'être parlé.

*Accidents de l'opération.* — A moins de maladresse excessive, on n'a aucun accident à redouter ; la piqûre de la vessie et du rectum, l'hémorrhagie n'ont pas été observées, et il y a lieu de croire qu'elles ne le seront jamais. Dans un cas pourtant l'opération n'a pas abouti, mais il y avait là des conditions spéciales qui ne sauraient être passées sous silence.

OBSERVATION XXVIII.

Atrésie congénitale du col. — Trois opérations infructueuses. — Mariage déterminant deux fois l'apparition d'un écoulement sanguin. — Quatrième opération sans résultat. — Cinquième opération, amenant la sortie d'un liquide caractéristique ; péritonite et angine couenneuse. — Mort.

Une femme de 23 ans, mariée depuis dix mois, est, depuis l'âge de 15 ans, sujette à des troubles divers dépendant de la rétention du sang menstruel. Elle avait 21 ans quand,



la première fois, elle consulta un chirurgien ; trois opérations furent pratiquées sans succès.

Lassée des souffrances périodiques qu'il lui fallait endurer, la malade voulait prendre le parti de se faire saigner tous les mois, pour suppléer à l'évacuation des règles, lorsque intervint le chirurgien, qui lui conseilla le mariage.

Le mariage n'eut aucun résultat immédiat ; cependant, au bout de quatre mois, les règles parurent pour la première fois, elles furent très-abondantes et durèrent trois jours ; mais, depuis cette époque, elles ne se sont plus montrées qu'une fois, ce fut deux mois avant son entrée à l'hôpital. Il y eut donc seulement deux menstruations en dix mois de mariage, et les accidents périodiques continuèrent à se montrer dans l'intervalle de l'une à l'autre.

M. Landouzy, consulté avant la première menstruation, enleva un lambeau de tissu, mais sans succès.

A son entrée, la figure était bonne, naturelle, peu colorée, sans nulle expression de souffrance ; embonpoint moyen ; le développement était ordinaire, le tempérament était lymphatique, la santé était parfaite en dehors des époques pseudo-menstruelles ; mais à ce moment, douleurs vives dans l'hypogastre qui retentissaient et s'irradiaient dans les aines, les reins et les cuisses ; pesanteur au fondement, constipation, perte d'appétit, malaise général, fièvre et même vomissements. Dans les intervalles d'une époque à l'autre, état satisfaisant, appétit conservé, toutes les fonctions normales ; le ventre, souple et indolent dans presque toute son étendue, était assez sensible à la pression de la région hypogastrique. A droite et à gauche, la pression dans les fosses iliaques n'était point douloureuse et ne faisait rien constater de particulier. L'aspect de la vulve était normal. Par le toucher vaginal, on trouvait un vagin assez étroit, ayant peu de profondeur et terminé en cul-de-sac supérieurement, où il offrait quelques cicatrices résultant sans doute des quatre opérations qui avaient été pratiquées. Le col utérin ne faisait point saillie ; on sentait à la place qu'il occupe un tissu dur et ferme, de forme globuleuse, arrondi, non douloureux à la pression. Le toucher rectal faisait sentir, en avant de l'intestin, cette même tumeur, qui dépassait le pubis en avant et qui appartenait au corps de l'utérus.

La deuxième menstruation, qui avait eu lieu deux mois auparavant, avait laissé à la suite une douleur assez vive, qui, fixée d'abord à la cuisse droite, l'avait ensuite abandonnée pour envahir tout le membre abdominal gauche, qui était plus faible et plus paresseux que l'autre.

Le 40 mai 1850, la malade étant couchée horizontalement sur le bord de son lit comme pour la taille, convenablement soutenue par des aides et soumise d'ailleurs à l'inhalation du chloroforme, le vagin fut maintenu béant à l'aide de leviers qui écartaient ses parois latérales, et du spéculum à une valve qui déprimait fortement la paroi recto-vaginale ; après quoi M. Jobert, armé d'un trocart de gros calibre, enfonça l'instrument vers le fond du vagin, à l'endroit qui répond au col de l'utérus.



Rien ne s'écoula d'abord, mais au bout de quelque temps on vit tomber en certaine quantité par la canule un sang épais, noirâtre, poisseux, assez semblable à celui qui remplit le système veineux des cholériques, ou encore à cette espèce de sucre connue sous le nom de mélasse. Il s'en écoula une ou deux cuillerées environ.

Lorsque l'écoulement fut arrêté, le bistouri et les ciseaux, portés alternativement à droite et à gauche, servirent à agrandir l'ouverture. Cela fait, M. Jobert fixa, par trois points de suture entrecoupée, la circonférence de son orifice avec les points correspondants de la muqueuse vaginale, puis une sonde en gomme élastique à fort diamètre fut introduite dans le col pour le maintenir béant.

La malade, qui avait supporté l'opération avec beaucoup d'impatience et d'indocilité, ne présenta tout d'abord qu'une légère réaction fébrile ; pendant les premiers jours, un écoulement de sang pareil à celui qu'avait déterminé la ponction, continua à se faire par l'orifice de la sonde laissée à demeure. Au cinquième jour, on enleva les sutures ; au septième, frisson sans cause connue, perte d'appétit, puis *péritonite* et *angine couenneuse* qui amenèrent la mort vingt et un jours après l'opération.

A l'autopsie, péritonite intense avec pus et fausses membranes.

A l'exception des annexes de l'utérus, qui à droite et à gauche sont confondues par le travail inflammatoire, les autres parties sont reconnaissables.

L'utérus est plus volumineux qu'un utérus normal ; fendu ainsi que le vagin dans sa longueur et sur la ligne médiane, il offre à considérer :

1<sup>o</sup> Une texture fibreuse très-développée ;

2<sup>o</sup> Une petite cavité arrondie, circonscrite, de la dimension d'une grosse noisette de Provence, creusée au milieu du corps de l'utérus et dans l'épaisseur de son tissu ; cette cavité contient plusieurs caillots sanguins et ne communique nullement avec la cavité creusée dans le col ;

3<sup>o</sup> Le col de l'utérus a sa longueur et son apparence normales, mais il est imperforé à sa partie supérieure ; il ne présente pas de museau de tanche et était enveloppé dans toute sa longueur par le vagin. Dans l'épaisseur du col, on rencontra une cavité allongée de haut en bas, et communiquant avec le vagin par le fait de l'opération. C'est dans cette cavité qu'a pu pénétrer le trocart ; et si la malade dit vrai en affirmant qu'elle a eu ses règles deux fois, il faudrait admettre que le sang menstruel peut transsuder du col. Le péritoine n'avait été nullement intéressé par l'instrument. (Trumet de Fontarce, *Gazette médicale*, 1851, pag. 542.)

Entre ce fait et les autres, il y a opposition complète, que l'on rendra plus saisissable encore en établissant deux variétés pour les atrésies simples du col. L'étendue considérable de l'obstacle, sa nature fibreuse, les difficultés opératoires, motivent et légitiment cette détermination, et les épithètes de *membraneuse* et de *fibreuse* se présentent tout naturellement pour désigner



chacune d'elles. La première variété comprendrait 50 faits, tandis que la seconde ne compterait jusqu'à présent d'autre exemple que l'observation précédemment rapportée.

Quoiqu'elles offrent de grandes dissemblances au point de vue opératoire, les atrésies du vagin et du col ont un point commun, la rétention des menstrues : comme c'est d'elle que découlent en grande partie les suites, on ne doit point s'étonner si elles ont entre elles la plus grande analogie. Il est exact de dire qu'elles sont en général plus bénignes ; mais il faut ajouter que parfois aussi elles ont la même gravité et des conséquences identiquement funestes. Pour ne point nous répéter, nous nous bornerons à signaler rapidement ces derniers cas. Le premier en date n'est pas très-explicite : l'atrésie était congénitale, et après un calme de courte durée, la métrite enleva en quelques jours l'opérée de Rathieu. Malgré ses 16 ans, l'opérée de Baker-Brown succomba le troisième jour : on ne trouva pas de péritonite générale, mais une inflammation locale des intestins avoisinant l'utérus, avec épanchement de lymphes plastique. Sans dire que c'est là la cause unique de la mort, on a lieu de croire que les pressions sur l'abdomen et par le rectum, dans le but de faire sortir le liquide, ont contribué à ce résultat. Dans le dernier cas, l'atrésie était consécutive à une couche laborieuse ; les accidents putrides se mirent de la partie et emportèrent rapidement l'opérée. Outre les lésions d'une péritonite limitée au petit bassin, Dupuytren trouva l'utérus hypertrophié, la face interne noirâtre avec quelques points gangréneux<sup>1</sup>.

Si d'ordinaire dix à douze jours suffisent pour assurer la guérison du traumatisme, un temps beaucoup plus long est réclamé pour la cure définitive : l'ouverture qu'on a pratiquée sur le col doit être surveillée si on ne veut pas voir l'occlusion se reproduire. Cet accident, rare pour les atrésies vaginales, — il n'a été observé que quatre fois sur 66 opérations, — est ici beaucoup plus fréquent. Hemman, le chirurgien célèbre dont parle Frank, Chevalier, Abt, Da Camin, Rigby et Jobert (de Lamballe), durent faire une seconde opération. Après deux échecs, Krimer dut recourir à l'amputation

---

<sup>1</sup> Rathieu ; *Mémoires de la Société royale de médecine*, tom. II, pag. 249. — Baker-Brown ; *The Lancet*, 1860, n° 19 ; et *Gazette hebdomadaire*, 1861, pag. 631. — Dupuytren, in Moreau ; *Traité pratique des accouchements*. Paris, 1838, tom. I, pag. 186.



du col, et Tuppert dut laisser pendant trois mois une canule de plomb à demeure.

En résumé, 42 sujets ont réclamé 56 opérations, sur lesquelles il y a eu 4 morts et 38 guérisons définitives. Si on élague, pour les raisons sus-énoncées, l'observation xxviii, on trouve de part et d'autre une égale mortalité. Pour les atrésies congénitales, on a 25 guérisons et 2 morts; pour les atrésies accidentelles, on a 15 guérisons et 1 mort; enfin, des 11 opérations motivées pour une récurrence, il n'y en a eu que 3 réclamées par les atrésies accidentelles.

### § 5.

#### DU PANSEMENT.

S'il n'est pas d'opérations dans lesquelles le pansement ne soit utile, il en est peu où il soit appelé à exercer une plus grande influence et à jouer un rôle plus divers. Il lui incombe de régler la sortie des liquides, de prévenir les accidents, et surtout de conserver l'orifice ou le canal créé. Est-il, après cela, besoin d'ajouter que c'est là un adjuvant indispensable, un moyen dont l'efficacité se passe de démonstration?

Livré à lui-même, l'écoulement du liquide est tantôt trop rapide, tantôt trop lent. Dans l'un et l'autre cas, il en résulte des inconvénients: dans le premier, les lipothymies, les syncopes sont à redouter, et des accidents peuvent survenir suivant que les contractions utérines manquent ou sont exagérées; dans le second, l'abord de l'air sur le rétention peut l'altérer et provoquer des accidents putrides. Pour parer à ces inconvénients, il faut tantôt modérer, tantôt activer l'écoulement: au début, on le modérera en bouchant incomplètement l'ouverture avec le doigt ou avec tout autre moyen; on l'activera, au contraire, par des injections dans la cavité utérine; on lavera ainsi les parois, on les balayera en quelque sorte des immondices résultant de la stase du sang. C'est là un excellent moyen, aussi mérite-t-il d'être universellement adopté. Il a eu pourtant ses dépréciateurs: on l'a accusé de favoriser le développement de la métrite-péritonite, on lui a reproché de faciliter le détachement des caillots et de les faire passer des oviductes dans le péritoine. L'examen des faits ne légitime point ces griefs; on a observé



la métrite-péritonite quoiqu'on n'y eût pas recouru, et on les a employées bien des fois sans qu'il en soit résulté le moindre accident. Néanmoins, pour qu'on n'ait qu'à se louer de leur emploi, elles doivent être faites avec précaution : on doit placer une sonde dans l'utérus et y chasser, par son intermédiaire, le liquide par petites seringues et avec la plus grande lenteur. Quant à la nature du liquide, elle variera avec les circonstances ; après l'opération, de l'eau de mauve ou d'orge tiède suffira ; plus tard, on recourra à des astringents si l'écoulement persistait ; à des anti-putrides, tels que la décoction de quinquina plus ou moins étendue, l'eau chlorurée, si l'écoulement acquerrait une odeur fétide de mauvais augure ; suivant l'urgence, il faut les répéter plus ou moins, mais en général deux fois par jour sera suffisant, pourvu qu'on ait la précaution d'injecter jusqu'à ce que le liquide revienne à peu près pur ; enfin, une fois qu'on a dépassé le quinzième jour, on pourra se contenter de celle qu'on aura pratiquée le matin.

Les mèches, les bourdonnets de charpie, la gentiane, les cylindres d'éponge préparée, la canule du trocart, les sondes métalliques ou autres, droites ou coudées, auxquelles on s'est adressé pour entretenir le canal, n'ont pas également réussi. Il est pourtant parmi eux de bons moyens ; seulement leur emploi a besoin d'être plus méthodiquement réglé qu'il ne l'a été jusqu'à aujourd'hui.

Au début, l'obligation de donner passage au liquide qui reste encore dans l'utérus, condamne tout d'abord les corps obturants : ou la mèche est trop petite, et alors elle est vite rejetée ; ou elle est trop volumineuse, et alors elle entrave l'écoulement, parfois même gêne la miction. De Haën fut, pour ce dernier motif, obligé de la retirer. On doit donc faire entrer dans le pannesment un corps creux qui mette en communication l'utérus avec le dehors. Le choix de ce corps ne saurait être indifférent. La canule du trocart, et en général les sondes métalliques, sont mal supportées ; en outre, à moins d'être coudées, elles glissent et s'échappent facilement. Sans recourir au moyen employé avec un plein succès par Wattman (il consiste en une canule coudée en étain, ayant la forme de deux cônes tronqués et réunis par leur cornet ; la base du cône supérieur était coupée en bec de flûte, pour en faciliter l'introduction), on peut remplir cette indication avec des sondes en gomme élastique ; seulement, comme dans leur état naturel elles sont difficilement



maintenues, et qu'il est arrivé qu'elles aient été chassées par les contractions utérines, on les garnira de linge à leur extrémité. Ainsi armées, elles glisseront moins, tiendront plus facilement en place et serviront de conducteur, d'une part à l'écoulement utérin, et de l'autre aux injections qu'on a à pousser. Pour la disposer, on se guide sur le doigt, ou bien on la fait courir sur un stylet préalablement introduit; puis, lorsqu'il s'agit d'une atrésie du col, on la fixe avec des bourdonnets de charpie placés dans le vagin, et on maintient le tout avec un bandage en T.

Dans l'absence partielle ou totale du vagin, on a encore d'autres soins, car le volume de la sonde serait insuffisant pour maintenir le canal créé. Comme je l'ai dit ailleurs, on doit disposer autour de la sonde une série de petits bourdonnets. Par là, la rétraction des parois est empêchée et la sonde est solidement fixée. On peut encore introduire avec la sonde une poche de baudruche que l'on pousserait au fond du vagin et que l'on bourrerait progressivement de charpie. On peut encore se servir d'une vessie en caoutchouc, qui, après avoir été remplie d'air, serait fermée en avant avec un fil. Si par cas il y avait hémorrhagie et si elle résistait aux effets de cette douce distension, on pourrait la remplir de glace pilée. A mes yeux, une petite vessie de caoutchouc est le meilleur procédé, et ce serait le plus souvent appliqué si on l'avait toujours sous la main. Enfin, on fixe le tout à l'aide d'un bandage en T. Après quatre ou cinq jours, ou même plus tôt s'il y a des raisons majeures, on changera l'appareil, on nettoiera la sonde et on la renouvellera s'il en était besoin.

Tant que les injections sont nécessaires, tant qu'elles charrient, soit des détritüs de sang, soit des grumeaux, on n'a pas à modifier le pansement; mais dès qu'il n'existe plus d'écoulement, on est autorisé à supprimer la sonde dans les atrésies vaginales; on peut faire de même dans les atrésies du col, à la condition qu'on y substitue un corps étranger qui empêche le rapprochement des lèvres de la plaie. Ces précautions ne sont pas puériles, et on n'a qu'à se rappeler les onze récidives qui ont été observées, pour s'expliquer les motifs de mon insistance.

Bien que cet accident soit moins à redouter dans les atrésies vaginales, on n'en est pas tenu à moins de précautions; au contraire, il en faut davantage si l'on veut éviter le rétrécissement de l'organe, si l'on veut obtenir un vagin



apte à remplir les fonctions auxquelles la nature l'a appelé. Dès que les accidents sont conjurés et que la convalescence s'établit, on doit s'en occuper et s'essayer à accroître le calibre du canal, soit en augmentant le nombre des bourdonnets, soit en distendant de plus en plus la vessie de caoutchouc, soit en recourant à des éponges préparées de volume de plus en plus considérable. Pendant l'époque menstruelle, tout pansement sera suspendu ; mais après, avec un *speculum ani*, à son défaut avec le doigt, on inspectera le canal et surtout le fond, afin de s'assurer de l'état des parties et détruire les adhérences, si elles venaient à se former. On reprendra ensuite le pansement et on le continuera jusqu'à ce que la tendance au rétrécissement ait cessé, jusqu'à ce que les parois de ce nouveau canal soient devenues souples, molles, dépressibles, et qu'une membrane rosée analogue aux muqueuses se soit formée. En général, deux à quatre mois suffiront ; mais, pour certains cas, il ne faudra pas se laisser aussi vite. Après avoir dressé la mère de la malade à la manœuvre, après lui avoir bien montré où est le méat urinaire, où est le vagin — deux ou trois fois on a dilaté le premier organe par erreur —, on lui en confiera le soin journalier. On n'abandonnera pas pour cela son opérée, mais on ira de temps en temps s'assurer des résultats obtenus. On suspendra pendant quelque temps la dilatation, sauf à y revenir s'il y a tendance au rétrécissement : bref, on persévéra jusqu'à ce qu'il soit démontré qu'on n'a plus rien à espérer. Qu'on ne l'oublie pas, il est toujours plus facile de créer que de restaurer ; en d'autres termes, les atrésies congénitales donnent, quelle que soit l'étendue de l'obstacle, des résultats plus satisfaisants pour l'opérateur.

A en juger par le silence des auteurs, le rétrécissement du canal cervico-utérin serait moins à craindre ; à en juger par le raisonnement, il serait tout aussi à redouter, lorsque l'obstacle est étendu. Quoique ses effets soient moins apparents, ses conséquences sont tout aussi graves : le rétrécissement du vagin est un obstacle à la copulation, tandis que celui-ci est une cause de stérilité. On y remédie par la dilatation précédée ou non de l'emploi du bistouri. L'éponge préparée s'introduit dans le col à l'aide d'une tige recourbée : on peut lui reprocher de dilater d'une manière inégale et d'être douloureuse. Le dilateur imaginé par M. Jobert (de Lamballe) est préférable, plus sûr dans ses résultats, mais il est plus difficile à introduire : on



l'introduit peu à peu, en le guidant avec le doigt. Il en est de même pour celui de M. Blatin ; mais, comme il est en forme de vis, sa progression est beaucoup plus aisée.

§ 4.

CONSÉQUENCES ULTÉRIEURES DE L'OPÉRATION.

L'opération n'agit pas seulement sur l'état local ; mais en enlevant aux crises leur raison d'être, en mettant un terme aux souffrances périodiques dont la femme était l'objet, elle exerce sur l'économie la plus heureuse influence : on voit la malade revenir à la santé et récupérer en quelques mois les forces et la fraîcheur dont elle était privée. Parfois cette transformation est si rapide, qu'elle s'opère en quelque sorte sous vos yeux : le teint s'anime, la face se colore, les vides se combler et les saillies musculaires s'effacent. Quelquefois même l'embonpoint se met de la partie, et alors le contraste entre le présent et le passé arrive au maximum ; c'est au point qu'on ne reconnaît plus les opérées, lorsqu'on les a perdues de vue pendant quelque temps.

Pendant que ces phénomènes s'accomplissent, les organes génitaux se remettent des troubles qu'ils ont subis ; les parties dilatées reviennent sur elles-mêmes, et, les écoulements, les injections journalières aidant, la cavité utérine se débarrasse des matériaux qui l'encombraient. On ne sait si la muqueuse de l'utérus se renouvelle, mais on a quelques raisons de supposer qu'il en est ainsi. Néanmoins, ce mouvement d'évolution rétrograde a des limites, et, quoi qu'on fasse, les organes portent inscrite en caractères indélébiles l'histoire du passé. En y regardant, un observateur attentif peut arriver à reconnaître la cause et l'espèce d'atrésie dont la femme a été affectée antérieurement.

L'utérus est toujours plus volumineux qu'il ne l'est chez les nullipares, et cet accroissement porte sans distinction sur les divers diamètres de la cavité.

Le col n'a jamais la forme virginal ; pour peu qu'il ait été distendu, il est court, effacé, et son méat reste entr'ouvert, comme si un accouchement avait précédé<sup>1</sup> ; d'autres fois, lorsque l'opération a porté sur lui, sa saillie peut

---

<sup>1</sup> Cette remarque est importante en médecine légale ; car, faute de cette notion, on pour-



être plus réduite encore ; on a vu la portion intra-vaginale manquer complètement, le vagin s'effiler en se terminant en cul-de-sac, et le méat n'être plus qu'un orifice très-petit inappréciable au doigt. Tel était du moins l'état de la fille opérée par M. Picard, lorsque, le 15 décembre 1861, il a bien voulu sur ma demande en faire l'examen.

Quant au vagin, il porte des marques différentes suivant que les effets en sont dus à la distension produite par la stase des liquides ou bien à l'opération elle-même. Dans le premier cas, le calibre est considérable, les parois ont de l'ampleur et de la laxité ; parfois même, mais exceptionnellement, les raphés longitudinaux et les plis transversaux sont éraillés ou même légèrement effacés. Dans le second, on a un calibre plutôt étroit que considérable et des parois plus ou moins extensibles ; la muqueuse est lisse, veuve de raphés et de plis, à moins que l'atrésie n'ait pas occupé tout le vagin.

Tels sont les caractères propres aux atrésies congénitales ; quant à ceux des oblitérations, ils sont les mêmes, avec des différences pour chacune des espèces. Pour tout dire en quelques mots, la classe a pour caractéristique la présence d'une cicatrice, et l'espèce, le siège qu'affecte la modification des tissus.

Les règles en vue desquelles on a travaillé apparaissent plus ou moins tôt : dans la majorité des cas, elles s'établissent en leur temps accoutumé, c'est-à-dire un mois environ après la dernière crise. On n'a noté de retards que lorsqu'elles étaient suspendues antérieurement ou qu'elles ont été perturbées par la gravité des suites, auxquels cas elles se montrent avec le retour de la santé. Dans tous les cas, du reste, elles ont leurs caractères habituels et se produisent sans trouble comme sans douleur.

Le retour des fonctions génératrices n'est pas moins prompt ; les rapprochements sexuels, jusqu'alors gênés ou même impossibles, s'effectuent librement. Krimer a fait à ce sujet une remarque assez singulière ; indifférent avant l'opération, le coït ne l'était plus après, et pourtant il s'agissait d'une atrésie du col. Quant à la stérilité, elle disparaît avec la cause qui la produit : des femmes ont conçu trois mois (Cowper, Utili), deux mois (Mauriceau) et

---

rait croire qu'un accouchement, ou tout au moins une fausse couche, se sont effectués depuis peu.



même un mois (Lane) après la section de l'hymen. Pour d'autres (Dale-champs, Nicolon, etc.), on n'a pas indiqué le temps, mais on a noté qu'elles avaient eu plusieurs enfants. En a-t-il été de même pour le restant? On l'ignore, car beaucoup étant filles ont été perdues de vue avant leur mariage, mais on a de fortes raisons de croire qu'il en a été ainsi, et que la stérilité, observée par Chevalier, Kluyskens et M. Patry, avait une autre origine que les effets de la rétention sur la muqueuse utérine. Si on ne trouve pas de sérieux obstacles à la conception, on n'en trouve pas davantage au développement embryonnaire. Quoi qu'on en ait prétendu, l'avortement n'est pas plus à redouter que chez les autres femmes, et à moins d'adhérences nuisibles, suites d'une péritonite antérieure, on ne voit pas ce qui pourrait le produire. Quant à l'accouchement, il est pour certaines espèces un acte physiologique qui ne saurait préoccuper le médecin; au contraire, pour certaines femmes, il offre plus de facilités, la distension antérieure du vagin ayant en quelque sorte préparé les voies. Il n'y a pas à hésiter : on peut en toute sécurité permettre le mariage dans les cas auxquels je fais allusion, et, s'il n'y a pas d'autre complication, on n'aura pas à se repentir d'avoir donné son autorisation.

En ce qui concerne les autres espèces, on ne saurait se prononcer aussi vite; il convient au préalable d'examiner les parties et de voir si elles sont aptes à livrer passage à l'enfant. Pour donner à nos conclusions une plus grande force, nous nous appuierons, et sur les faits cités dans ce travail, et sur ceux qui font la base de notre mémoire sur les *Rétrécissements du conduit vulvo-utérin*. La similitude des cas motive la légitimité du rapprochement.

L'aptitude au mariage ne fait pas doute pour les femmes affectées d'atrésie utérine; les craintes émises à l'endroit du méat et de la résistance qu'il oppose à l'enfant, tombent devant l'examen des faits; les opérées de Rigby et de Gauthier ont accouché naturellement et avec la plus grande facilité. Trouve-t-on ces exemples insuffisants, on n'a qu'à regarder ce qui se passe chez les femmes qui ont eu le col amputé ou profondément cautérisé; malgré l'étendue de la cicatrice, malgré sa force de résistance, la tête de l'enfant s'est frayé spontanément un passage. Au reste, mettez les événements au pire, supposez que les tissus ne prêtent pas, que la dilatation se fasse



attendre, et vous n'aurez jamais qu'à débrider l'orifice par des incisions multiples; or, une opération de ce genre dût-elle être pratiquée dans tous les cas, il ne s'ensuivrait pas l'interdiction du mariage. On ne doit pas davantage être arrêté par l'absence du col (portion intra-vaginale); les craintes émises n'ont aucun fondement, et la parturition s'effectue avec régularité; on peut citer le fait de Grout<sup>1</sup>; on peut encore évoquer le fait de Tuppert, bien que l'enfant soit venu à l'âge de sept mois.

Lorsque l'opération a porté sur le vagin, on a d'autres craintes; mais si elles sont plus justifiées que les précédentes, on a cependant beaucoup à en rabattre. Sous l'influence de la grossesse et du travail préparatoire de l'accouchement, les tissus se ramollissent, les fibres musculaires se détendent, le calibre s'accroît au point qu'il n'y a plus disproportion entre le volume de la tête de l'enfant et le calibre du vagin ainsi transformé. Tout cela semble impossible, et pourtant cela est; on peut citer en preuve les faits de Cornish et de Fletcher. A défaut des détails qui manquent pour ces deux observations, nous avons ceux consignés dans celle de M. Debrou, dont on nous permettra de donner un extrait.

OBSERVATION XXIX.

Coarctation fibreuse de tout le vagin. — Imperforation du col utérin. — Début des accidents à 17 ans; à 19 ans, distension de l'utérus et de la trompe droite. — Première opération; établissement du canal du vagin et de l'orifice utérin. — Récidive de l'atrésie utérine vers le second mois. — Deuxième opération suivie de succès complet. — Grossesse. — Accouchement à terme. — Éclampsie. — Application du forceps, enfant mort né. — Métro-péritonite mortelle.

Vingt-quatre mois après la première opération, et dix mois et demi après la seconde, L..., âgée d'un peu plus de vingt ans, se maria. Les premières approches eurent quelque peine à s'accomplir, mais bientôt après le résultat fut satisfaisant. Trois semaines après, lorsque M. Debrou l'examina, la santé était excellente et les mamelles s'étaient remarquablement développées. Il s'écoule par la vulve un liquide muqueux peu abondant, assez semblable aux flueurs blanches. Le vagin a un peu moins de trois pouces de longueur, il est assez ample pour permettre aisément l'entrée simultanée de deux doigts. Les parois sont molles, souples, dépressibles et tapissées d'une membrane rosée analogue aux membranes muqueuses. Vers le haut, sa largeur est un peu moindre qu'au milieu et

---

<sup>1</sup> Grout; *Archives de médecine*, 1854, tom. III, pag. 757.



près de la vulve. On sent au fond l'extrémité de l'utérus percée d'un trou qui reçoit aisément le bout d'une algalie de femme. Cet orifice est circulaire, à bords durs et un peu ridés, et l'on ne reconnaît pas une partie faisant saillie dans le vagin, comme le fait ordinairement le col utérin; à proprement parler, il n'y a ni col ni museau de tanche. Le ventre, qui est ferme, donne un son clair jusqu'au niveau du pubis, et l'on ne peut sentir au toucher ni l'utérus ni la tumeur, que j'ai supposée être formée *par l'ovaire ou par la trompe*. En explorant par le rectum, on sent un corps dur ayant un peu plus de volume qu'un col utérin; le doigt n'atteint pas jusqu'au corps de l'utérus.

Mariée le 12 février 1849, elle devint enceinte immédiatement ou au moins dans les jours qui suivirent. Ses règles, qui n'avaient point manqué depuis la dernière opération, ne reparurent plus.

Le temps de la grossesse se passa sans aucune circonstance remarquable. La santé de la femme fut en général bonne. Il y eut des vomissements et des maux de cœur dans les premiers temps, mais rien de particulier dans le ventre, qui se développa régulièrement comme dans une grossesse ordinaire. Les mouvements de l'enfant se firent sentir à quatre mois et demi et persistèrent jusqu'à la fin. Vers le mois d'août, sous l'influence de l'épidémie régnante de choléra, cette femme eut une diarrhée qui dura trois mois, jusqu'au moment de son accouchement, et qui l'affaiblit d'une manière notable.

**Accouchement.** — Le travail de la parturition eut lieu le 2 novembre 1849, deux cent soixante-deux jours, ou autrement neuf mois moins onze jours après le mariage. Je m'étais réservé le droit de faire l'accouchement; je fus demandé, et j'arrivai près de la malade à midi. Les douleurs avaient commencé à cinq heures du matin. La journée de la veille et la nuit s'étaient passées comme à l'ordinaire.

A mon arrivée, la matrice, touchée au fond du vagin, présentait une ouverture de la largeur d'un centimètre, à travers laquelle un peu de liquide amniotique s'était écoulé. La tête, que je pus reconnaître, était descendue dans l'excavation du bassin. Les douleurs se suivaient régulièrement toutes les quatre ou cinq minutes, et portaient à la fois sur les reins et sur le siège. Tout me faisait présager une issue favorable, et j'attendis, non sans anxiété, mais avec confiance, dans les ressources de la nature.

A une heure, l'ouverture de la matrice (je n'ose pas dire le col) ayant les dimensions d'une pièce de un franc, je pus introduire mon doigt et reconnaître une présentation de la tête en deuxième position. Le pourtour de l'orifice utérin était ferme et tendu, quoique mince. Je débridai avec un bistouri boutonné, porté sur mon doigt, mais seulement sur les côtés, afin de ménager le rectum et la vessie.

La dilatation n'en devint pas beaucoup plus rapide. A trois heures, elle avait acquis la largeur d'une pièce de deux francs. Les douleurs ne diminuaient ni en force ni en fréquence. Je fis deux nouveaux débridements, l'un qui porta sur une sorte de bride ou demi-valvule intérieure, incluse au dedans de l'orifice. Ces débridements furent peu étendus, comme ceux que j'avais faits d'abord, par la raison que l'utérus, manquant de col et de



lèvres, et le vagin s'insérant circulairement autour de son orifice, je craignais, en agrandissant trop mes incisions, de léser des parties importantes. Néanmoins, je trouvai assez de liberté pour introduire mon doigt dans l'utérus et parcourir librement la cavité entre la paroi la plus avancée et la tête du fœtus.

A cinq heures, la dilatation équivalait à la largeur d'une pièce de six livres, et le cuir chevelu, faisant saillie à travers elle, formait une très-légère bosse sanguine dans le vagin. Les douleurs, moins intermittentes et plus continues, portaient moins. La jeune femme se disait très-faible et commençait à perdre courage. Dès mon arrivée, je lui avais fait prendre du bouillon à plusieurs reprises, parce qu'elle n'avait pas mangé depuis la veille. Je commençai à avoir des inquiétudes et à craindre qu'elle n'eût pas assez de forces pour accoucher naturellement.

A six heures moins un quart, la malade se plaignit d'une vive douleur de tête (qu'elle n'avait pas encore sentie jusque-là), et à l'instant même elle tomba dans un accès d'éclampsie : tête renversée en arrière, grincement des dents et des mâchoires, perte de connaissance, pouls très-petit et très-rapide, peau froide. J'ouvris la veine du bras et retirai environ deux onces de sang. J'envoyai chercher de la farine de moutarde et prier un médecin résidant dans le village, M. Regnault, de venir m'assister. La malade revint à elle au bout de trois minutes et se plaignit d'un resserrement à l'épigastre et d'une violente douleur de tête. J'appliquai un sinapisme à l'épigastre. Un quart d'heure après le premier accès, un second, en tout semblable et de même nature, survint. M. Regnault était arrivé. L'accès étant fini, j'appliquai immédiatement le forceps sur la tête, qui était à peine engagée dans le détroit inférieur.

L'introduction des cuillers n'offrit point de difficulté; je les plaçai rapidement et je terminai en me hâtant un peu, dans la crainte d'un nouvel accès, et ne me hâtant pas trop, pour ménager des parties si peu préparées au passage d'une tête d'enfant grossie par un forceps. Tout cela, néanmoins, fut assez rapide.

L'enfant était mort et ne put être ranimé. Je pense qu'il a succombé pendant les accès d'éclampsie, car la mère le sentit remuer plusieurs fois pendant le travail. L'arrière-faix sortit presque de lui-même au bout de vingt minutes. La mère fut satisfaite de se voir délivrée; elle conserva de l'étonnement, un peu d'incohérence dans les idées, mais aucun nouvel accès d'éclampsie ne survint, et dans la soirée elle avait repris toute sa raison.

L'enfant, du sexe féminin, pesait 2,000 grammes et avait 0<sup>m</sup>,50 de longueur; il avait des cheveux, des ongles formés jusqu'au bout des doigts et tous les signes d'un enfant à terme. La circonférence de la tête, mesurée par une ligne passant par l'occiput et le menton, donnait 0<sup>m</sup>,56.

Le lendemain de l'accouchement, 5 novembre, je revis la malade de bonne heure : elle avait assez bien dormi, n'avait eu ni délire, ni stupeur, ni mal de tête, mais conservait encore une sorte d'étonnement. La matrice, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, faisait éprouver une légère douleur à la pression. Le reste du ventre n'était point



douloureux. Les urines étaient gardées dans la vessie, et je fus obligé de pratiquer le cathétérisme. J'examinai attentivement les parties extérieures de la génération : les grandes lèvres étaient un peu gonflées; le périnée avait subi une déchirure d'un pouce environ, mais un bon pouce restait intact au-devant de l'anus. J'introduisis mon doigt dans le rectum, et je constatai l'intégrité complète de la cloison recto-vaginale. (Orge, chiendent, cataplasmes, trois bouillons.)

Le dimanche, 4 novembre, le sommeil a été interrompu. Le ventre est douloureux dans la région de la matrice, qui remonte encore jusqu'à l'ombilic. Les écoulements de la vulve sont diminués. Le pouls, fréquent et vif, donne 120. (Vingt sangsues sur le bas-ventre, moutarde aux cuisses.)

5. La malade a dormi et n'éprouve aucune douleur dans le ventre; la pression seule en fait naître un peu. L'utérus a diminué de volume; les lochies sont plus abondantes, le pouls est à 100 pulsations; elle a uriné seule à plusieurs reprises. Le moral est très-bon. (Cataplasmes, bouillon.)

6. Cinq heures de sommeil; pouls à 90; ventre tout à fait indolent; lochies assez abondantes. Les seins ne sont pas encore gonflés. (Cataplasmes, trois bouillons.)

7. État meilleur encore que la veille; pulsations 80. L'utérus est descendu à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La malade a uriné et a eu une garde-robe; elle demande à manger (deux potages légers et un bouillon; cataplasmes). Le soir de ce jour, violente colique qui continue pendant toute la nuit.

8. Je n'arrivai qu'à midi, me confiant dans l'état satisfaisant de la veille. Je trouvai la malade avec un teint animé et un pouls plein, tendu, à 155 pulsations. Les lochies étaient supprimées, le ventre tendu, ballonné, douloureux dans toute son étendue, l'utérus remontant au-dessus de l'ombilic. Je fus obligé de pratiquer le cathétérisme; au dire de la malade et des assistants, il n'y avait point eu de frissons. La malade était trop affaiblie pour être saignée, on mit vingt sangsues.

Le soir à neuf heures, il y avait un peu moins de fièvre; pouls à 150; ventre moins ballonné et moins douloureux à la pression. Les douleurs spontanées avaient même disparu. On couvre le ventre de 50 grammes onguent mercuriel.

9. Un peu de sommeil a été procuré par le sirop diacode; pas de frissons, mais pouls à 158; ventre ballonné, même à l'épigastre, et douloureux dans toute son étendue; visage altéré; respiration haute et fréquente; lochies presque supprimées et fétides; cathétérisme; injections émollientes; onction avec 40 grammes onguent mercuriel. Le soir, vomissements abondants d'une matière porracée; un ver est rendu.

10. La nuit a été bien agitée, quoique sans délire; pas de frissons; quelques vomissements porracés; pouls à 155; respiration très-haute et fréquente.

Elle meurt à une heure du matin, et l'autopsie est refusée. (*Gaz. médic.*, 1851, pag. 52.)

Si l'éclampsie peut, jusqu'à un certain point, être rattachée à l'absence



du col, à la lenteur du travail, il ne saurait en être de même pour la métropéritonite ; elle leur est complètement étrangère et n'a d'autres causes que l'affaiblissement du sujet par la diarrhée, qui remontait à trois mois.

Quant à l'accouchement en lui-même, s'il a présenté des incidents dramatiques, il n'a eu d'autres obstacles que ceux venant de la non-dilatation du col. Contrairement à ce qu'on pouvait supposer, le vagin n'a opposé aucune résistance ; il s'est convenablement dilaté puisque, treize heures après le début du travail, il a pu livrer passage à la tête grossie des cuillers du forceps. « J'aurais frêmi, écrit M. Debrou, si avant l'accouchement on m'eût parlé d'appliquer le forceps et de faire traverser à une tête de fœtus à terme, grossie des cuillers de l'instrument, un vagin ainsi conformé. J'avoue même qu'en saisissant l'instrument, j'éprouvais une grande anxiété, augmentée encore par l'émotion que venait de me causer le deuxième accès d'éclampsie et la crainte d'un troisième, qui pouvait être fatal. Je n'hésitai pas cependant, car la nécessité était pressante ; je vis avec bonheur que mes appréhensions étaient trop grandes : ni le périnée, ni la cloison recto-vaginale ne furent emportés. »

Bien qu'on comprenne les émotions de M. Debrou, on ne saurait les partager de tout point : sans être infinies, les ressources de la nature sont immenses, et l'accouchement a pu s'effectuer dans des conditions bien plus défavorables. Antoine, De la Toison, Plenck, Benevoli, Denman, Moreau et Scanzoni ont observé des accouchements spontanés, et pourtant l'étroitesse s'étendait à tout le vagin, et pourtant le calibre le plus considérable admettait à peine le petit doigt <sup>1</sup>.

Par la nature de leurs éléments constitutifs, les rétrécissements cicatriciels sont moins aptes à céder aux seuls efforts de la nature, mais pourtant cela n'est pas impossible, et La Motte, Duparcque et une foule d'autres ont pu sans danger en faire l'expérience. Il ne faudrait pas néanmoins s'y trop confier : faute d'être intervenu à temps, on a vu le produit être expulsé à travers le périnée (Hobson Warren), la cloison recto-vaginale être déchirée (Pattissier et Merriman), ou, ce qui est plus fréquent, les douleurs expulsives

---

<sup>1</sup> Antoine ; *Histoire de l'Académie royale des sciences*, 1712, pag. 36. — De la Toison ; *Histoire de l'Académie des sciences*, 1748, pag. 58. — Plenck, trad. par Pitt ; *L'art d'accoucher*, pag. 119. — Benevoli, *loc. cit.* — Moreau, cité par Cazeaux. — Scanzoni, *loc. cit.*, pag. 414.



se ralentir et finir même par cesser complètement. Tel est, entre autres exemples, le cas de la dame opérée par mon aïeul Montagnon <sup>1</sup> (OBS. XXI).

En des circonstances semblables, il convient de ne pécher ni par trop de précipitation, ni par trop de lenteur. Sans imiter la conduite de Lechélius, qui, trois semaines avant l'accouchement, incisa par deux fois l'obstacle, on peut du moins, dès le début du travail, porter le bistouri sur les points qui paraissent offrir le plus de résistance. A l'imitation de Peu et de tant d'autres, il faut débrider en tous sens et surtout sur les côtés, où on est tenu à moins de ménagements, et faire des incisions peu étendues, sauf à y revenir plus tard si elles sont insuffisantes. En se conduisant ainsi, on ne laissera pas la femme épuiser ses forces en pure perte, et on préparera la dilatation naturelle des parties. On pourra alors livrer à lui-même le travail, répéter les incisions s'il marche avec lenteur, et finalement terminer l'accouchement par l'application du forceps, si les douleurs se ralentissent, perdent de leur énergie ou ne portent pas <sup>2</sup>.

On me pardonnera de ne pas entrer dans de plus amples détails ; mais il me semble que ceux-là suffisent pour dicter la conduite appropriée aux cas qui nous occupent. Du reste, à en juger par les exemples appartenant à cette catégorie, on n'a pas eu à en faire l'application. Si l'accouchement fut rendu laborieux, dans le fait de La Motte, à cause des callosités vaginales, il n'en fut pas moins spontané, comme dans celui de Flamand.

Un obstacle autrement important est celui qui provient des os du bassin ; aussi, lorsqu'on a à discuter l'éventualité d'une grossesse, convient-il de s'en occuper sérieusement. Si, dans les atrésies congéniales, le bassin est bien conformé, — personne n'a du moins mentionné son étroitesse, — il n'en est pas de même pour certains cas d'atrésie qui se sont produits à la suite d'un accouchement laborieux. Suivant les degrés du rétrécissement, on interviendra au moment du travail, ou bien on agitera la question d'un accouchement prématuré artificiel.

---

<sup>1</sup> La Motte, *loc. cit.*, obs. 347. — Duparcque ; *Revue médicale*, 1834, tom. I, pag. 426. — Hobson Warren ; *Montpellier médical*, 1858, tom. I, pag. 178. — Merriman et Patissier, cités dans l'article OBLITÉRATION du *Dictionnaire des sciences médicales*, pag. 18.

<sup>2</sup> Lechélius ; *Nouvelles de la république des lettres*, 1686, in *Collection académique*, tom. VII, pag. 406. — Peu ; *La pratique des accouchements*. Paris, 1693, pag. 249.



A part la mal-conformation des parties osseuses, on n'a pas à se préoccuper de l'accouchement ; mais il n'en est pas de même lorsque tout le vagin est étroit et que la dilatation est impuissante à y remédier. Il n'y a pas sans doute obstacle absolu à la parturition, mais la nécessité d'une intervention chirurgicale pour obtenir la délivrance oblige le médecin à prévenir les parties intéressées. Pour mettre sa responsabilité à couvert, que dis-je ? pour faire son devoir jusqu'au bout, il lui incombe d'exposer au mari et aux proches parents de la femme les dangers d'une grossesse et les conséquences possibles de l'accouchement. S'agit-il au contraire d'une fille, et est-il consulté sur la possibilité d'une union, sa réponse doit s'inspirer des mêmes principes. Avec la réserve commandée dans une matière aussi délicate, mais avec toute l'autorité que lui donnent les services rendus, il ne se contentera pas de répondre négativement, mais il démontrera l'impossibilité du mariage ; à mots couverts, mais avec une suffisante clarté, il fera sentir que la conformation des parties s'oppose aux rapprochements sexuels, que les tentatives en seraient forcément douloureuses, et que la conception entraînerait à sa suite de graves dangers. Quelle est la mère qui pourra résister à de semblables arguments ! Et quel est le médecin qui hésitera à les faire valoir !

Aucun scrupule ne saurait l'arrêter ; tout l'invite au contraire à se prononcer catégoriquement. Si nous ne sommes plus à l'époque où le congrès était en vigueur (il a été aboli le 18 janvier 1677) ; si nous n'avons plus à redouter les procès scandaleux dont les siècles passés nous offrent des exemples et dont quelques-uns des faits cités dans ce travail ont été l'occasion, ce ne saurait être une raison pour ne pas user des droits que nous confère notre ministère. Parce que le Code civil n'a pas considéré de semblables accidents comme une cause de nullité de mariage, il ne s'ensuit pas qu'il en sanctionne la pratique. Interpréter la loi à un point de vue aussi étroit ; s'autoriser de son silence pour croire qu'une chose est licite, est à mon sens se tromper étrangement. Nous entrons, ce me semble, mieux dans les vues du législateur, en interdisant le mariage. Nous empêchons une cause de troubles et de discordes, et en tous cas nous ne sortons pas du rôle qui nous est dévolu. On peut, du reste, ne pas être écouté, mais on a du moins la conscience d'avoir rempli son devoir.



## APPENDICE

J'ai réuni sous ce titre deux index : dans le premier sont groupées les observations, dans le second les ouvrages qu'on a consultés. S'il était juste de faire connaître les matériaux de ce travail, il ne l'était pas moins de citer les auteurs qui nous avaient devancé.

### § 1.

Les observations ont été désignées par le nom, soit de l'opérateur, soit de celui auquel on en doit le récit ; on les a divisées en trois groupes d'après le siège de l'obstacle, et rangées d'après l'ordre alphabétique afin de pouvoir les trouver plus aisément. Pour différencier les origines, on a marqué par un astérisque les atrésies accidentelles. Quant au résultat et aux circonstances particulières, elles ont été signalées en quelques mots.

Dans le but de favoriser les recherches et d'épargner à ceux qui reprendront cette étude la perte d'un temps toujours précieux, on s'est attaché à donner des citations précises. Autant que cela a été possible, on a consulté l'original ou, faute de mieux, le recueil qui les a reproduites avec le plus de détails ; alors qu'il existait quelque différence entre les narrations, on a indiqué les diverses sources auxquelles on a puisé.



# ATRÉSIES HYMÉNÉALES.

- ALLAIRE (d'Héricy). Gazette médicale de Paris, 1852, pag. 515 : cure spontanée par deux points gangréneux.
- AMAND. Nouvelles observations sur la grossesse. Paris, 1712, in-8 ; obs. xxxiv, pag. 145 ; obs. LVIII, pag. 204 ; obs. CXVII, pag. 512 : pour ces trois faits, il y a eu guérison à la suite de l'opération. Comme c'est là le cas le plus ordinaire, je ne signalerai à l'avenir que les morts.
- \* AMYAND. Transactions philosophiques, 1752, n° 422, pag. 45 ; tr. par Bremond.
- ASPER. Richter. Bibliotheca chirurgica, 4 B, 4 st., pag. 565. De Vigiliis, art. *atreti*.
- BAKER-BROWN. A en croire Bell, qui la cite, il y aurait eu une fistule uréthro-vaginale par où les règles auraient coulé.
- BALLARD. Principes de médecine légale de Daniel Metzger, trad. et annoté par J.-J. Ballard. Paris, 1815 ; in-8, pag. 497, notes.
- BARDY. Journal de médecine de Corvisart, tom. XIII, pag. 59.
- BARTHOLIN. Thomas Bartholini centuriæ V et VI. Hafniæ, 1665, histor. XLIII, pag. 96 : *vulvæ clausæ spontanea curatio*.
- BAUHIN. Caspari Bauhini Theatrum anatomicum. Paris, 1621, lib. I, cap. xxxix, pag. 155 : mort.
- BELL. The medical World nantucket feb., 1857. Union médicale, 1858, pag. 92.
- BELLOC. Cours de médecine légale. Paris, an IX, pag. 47.
- BENIVENI. Libellus de abditis nonnullis ac mirandis morborum causis. Basileæ, 1529 ; in-8, cap. xxviii, pag. 255.
- BERGER. Ledru. Thèses de Paris, 1855, n° 251, pag. 49.
- BIDART. Gazette médicale de Paris, 1859, pag. 509. (Obs. vi du mémoire.)
- BOREL. Annales cliniques de Montpellier, 1804, tom. III, pag. 516.
- BOUCHET. Gazette médicale de Lyon, 1858, pag. 575, publiée par M. Bardonnnet.
- BOURGUET. Gazette de santé, 1825, pag. 265.
- BRODIE. London medical Gazette, tom. XXVII, pag. 810 : quatre observations dont une mort par passage du sang des trompes dans le péritoine. Il est parlé de ce dernier fait dans la Gazette des hôpitaux, 1840, pag. 9.
- BURNS. Traité des accouchements, trad. de l'Encyclopédie des sciences médicales. Paris, 1859, pag. 49 : il existait au-dessus un autre obstacle perforé d'un petit trou. A la page 46, il cite sans nom d'auteur un



cas emprunté à la Gazette médicale de Londres, n° 142 : la mort serait survenue par péritonite à la suite de l'opération.

**CABARET Basse-Maison.** Annales de la médecine physiologique, 1828, tom. XIII, p. 520.

**CABARET (de St-Malo).** Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier, 1847.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 1854, pag. 540.

**CABROL.** Alphabet anatomic. Pierre et Jacques Chouet, 1624, in-4, obs. xxiii.

**CADILHON.** Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1845, pag. 55.

**CASTELLA (de).** Gazette médicale de Paris, 1851, pag. 825.

**CHASSAIGNAC.** Gazette des hôpitaux, 1861, pag. 62.

**CHAVARIAT.** Gazette des hôpitaux, 1851, pag. 410.

**COIFFIER.** Journal général de médecine, etc., rédigé par Sédillot, 1807, tom. XXVIII, pag. 284. A la suite du rapport de Tartra, il y a une promesse qui ne s'est point réalisée.

**COLEY.** Archives générales de médecine, 1853, tom. II, pag. 285.

**COCK.** New-York medical Times, juillet 1855.

**COWPER.** Turner. Traité des maladies de la peau, 2 vol. in-12. Paris, 1743, tom. II, pag. 112.

**CRUVEILHIER.** Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1856, pag. 146.

**DALECHAMPS.** Chirurgie française, recueillie par Jacques Dalechamps et augmentée par J. Girault. Paris, 1590; in-4, pag. 520.

**DANIEL.** Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier, 1842, tom. V, pag. 560.

**DEBOUT.** Bulletin général de thérapeutique, 1861, tom. LXI, pag. 17 : malgré l'opération, les règles continuent par la vessie et s'accompagnent de ténésme vésical.

**DEECK.** Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1856, pag. 521.

**DELISLE.** Journal général de médecine rédigé par Sédillot, tom. LXVI, pag. 94; et Nouveau journal de médecine, tom. III, pag. 525.

**DELMAS.** Delmas. Thèses de Montpellier, 27 messidor an VII, pag. 15.

**DENONVILLIERS.** Gazette des hôpitaux, 1850; et Revue médicale, 1851, tom. I, pag. 548.

**DESMÉ et GENDRON.** Gazette médicale de Paris, 1852, pag. 544.

**\*DOLLIGNON.** Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, 1785, tom. LXIV, pag. 252. (Obs. II du mémoire.)

**DRYANDER.** Ex adversariis C. Dryandri communicavit Mocius. Schenkii observationes medicinæ rariores, lib. IV, pag. 552 : la mort eut lieu à vingt-six ans par refus de l'opération.



- DUBOIS. Encyclopédie méthodique ; Médecine, tom. IX, pag. 675, art. *menostasie*.
- DUCLOS. Gazette médicale de Paris, 1852, pag. 164.
- DUPUYTREN. Archives générales de médecine, 1826, tom. XIX, pag. 257, cité par Toulmouche.
- \* . . . . La Lancette française, 1852, pag. 124. (Obs. 1 du mémoire.)
- EASON. Medical and philosoph. comment., 1774, tom. II, pag. 187.
- EDWARD (de Forfax). Edinburg medical and surgical Journal, avril 1854.
- ESCHENBACH. Obs. med. chir. rariores, 1768; in-8, pag. 8 : cure spontanée.
- FABRICE (d'Aqua- OEuvres chirurgicales. Lyon, 1658 : des opérations, chap. LXXXII, pendente). pag. 745.
- FABRICE (de Hilden). Observ. chirurg. Genève, 1679, pag. 469, cent. III, obs. 60.
- FINE. Annales de la Soc. de méd. de Montpellier, tom. XXIX, pag. 266.
- FINNEY (chir. à Leek). Med. and philos. comment., 1775; in-8, tom. III, pag. 194.
- FIZES. Encyclopédie. Genève, 1778; in-4 : cité par l'auteur de l'article *matrice*, tom. XXI, pag. 275.
- FONTAINES. Dans les trois observations qui m'ont été communiquées verbalement par mon illustre confrère, la guérison a eu lieu sans accidents.
- FRANCK. Traité de médecine pratique, trad. par Goudareau. Paris, 1842, tom. II, pag. 259 : plusieurs observations sont citées; je me borne à cette indication, n'ayant pu remonter à l'origine de ces diverses observations.
- FRYER. Med. facts and obs., vol. VIII, n° 40 : il s'écoula trente onces de sang.
- GAMEL. Cette observation m'a été communiquée verbalement par mon confrère le docteur Ebrard (de Nîmes) : la guérison eut lieu sans accidents.
- GANDY. Annales cliniques de Montpellier, 1808, tom. XI, pag. 564. Observateur des sciences médicales. Marseille, 1825, tom. VI, pag. 75 : il y a un cas de mort par refus de l'opération.
- GARAIGEDUC. Journal de médecine de Corvisart, tom. VI, pag. 420.
- GUILLEMEAU. OEuvres de chirurgie. Rouen, 1649; in-fol. pag. 440.
- HABIT. Wochenbl. der K. K. Ges. der Aerzte zu Wien, 8 br. 1857. British and foreign medico-chir. review, 1858, tom. XXI, pag. 552.
- HAEN (de). Ratio medendi; édit Didot, 1764, tom. III, pars VI, pag. 58.
- HAFFNER. Medicinische Zeitung, 1855, n° 27.
- HEISTER. Acta phys.-medica Acad. Cæsar. Leopold. Carolinæ nat. cur.; in-4, 1754, tom. X, pag. 10.



- HELWIG. Jo. Jac. Mangeti Bibliotheca chirurgica. Genevæ, 1721, tom. I, pag. 501.
- HERVEZ DE CHÉGOIN. Gazette médicale de Paris, 1850, pag. 69, à la fin de l'article.
- HOOPER. The medical Times, août 1847 : guérison sans accidents.
- JOB A MEECKREN. Obs. med. chir., obs. LV. Bibliotheca chir. Mangeti, art. *imperforati*, pag. 497. (Obs. XIX du mémoire.)
- KEYMER. Med. Annals, vol. VI, pag. 547 ; cité par Burns, pag. 46.
- KONARZEWSKI. Gazette des hôpitaux, 1857, pag. 510.
- LAFITTE. Revue de thérapeutique du Midi, 1856, tom. X, pag. 45 : cure spontanée.
- LA MOTTE (MAUQUEST de). Traité complet des accouchements naturels, non naturels, contre-nature. Leyden, 1729 ; in-4, pag. 641 : deux observations.
- LANE. Dublin medical Press, mai 1841. Gazette médicale de Paris, 1841, pag. 665.
- LEES. Bulletin général de thérapeutique, 1859, tom. LVI, pag. 552. (Obs. XX du mémoire.)
- LETHEBY. The Lancet, août 1845. Gaz. méd. de Paris, 1846, pag. 291.
- MACAULAY. Smellie. Traité de la théorie et de la pratique des accouchements. Paris, 1771, tom. II, pag. 49, obs. VI.
- MAGNAN. Mémoires de la Société royale de médecine, 1776, tom. I, pag. 250. Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, tom. LVIII, pag. 21.
- MARCHAND et MASSÉ. Journal de la Société de médecine de la Loire-Inférieure, 1850, tom. XXVI, pag. 555. Archives générales de médecine, 1854, tom. XXVI, pag. 555 : mort par épanchement de sang.
- MATCAL. Gazette médicale de Paris, 1846, pag. 289.
- MAURICEAU. Observ. sur la grossesse et l'accouch. Paris, 1758, in-4, obs. CCXVI, pag. 189, et CDXCV, pag. 409.
- MAYER. Canstatt's Jahresbericht, 1852, pag. 45 : il existait un prurit fatigant à la vulve.
- MAYGRIER. Villette. Thèses de Paris, 1824, n° 225 : la malade s'enfuit au moment de l'opération.
- MESTIVIER. Journal de la Société de médecine de Bordeaux, 1841, tom. XIII, pag. 148.
- MICHON. Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1851, pag. 545.
- MOLLER. Deutsche Klinik, 1851, n° 26 ; et Canstatt's Jahresbericht, 1851, pag. 295.



- MONRO.** Smellie. Traité de la théorie, etc. Paris, 1774, tom. II, obs. v, pag. 48.
- MOORE.** Gazette des hôpitaux, 1840, pag. 9.
- MOREAU.** Traité pratique des accouchements. Paris, 1858, tom. I, pag. 475.
- MURALT (Jean de).** Miscell. cur. med. phys. Acad. nat. cur. sir. Eph., etc.; dec. 2, anno III (1685), obs. 451, pag. 296. Th. Boneti. Med. sept. Collatitia; in-fol., pars altera, pag. 995. Genève, 1687.
- NABOTH.** De sterilitate mulierum. Disp. anat. selectæ Haller. Gœttingue, 1750, tom. V, pag. 259.
- NICOLON.** Thèses de Strasbourg, 29 décembre 1808: obs. sur la ménorrhagie et l'aménorrhée.
- NIVEN.** Méd. comm., tom. IX, pag. 550: accidents inflammatoires qui se dissipent graduellement.
- \*NOEGELÉ.** Journal universel des sciences médicales, tom. VII, pag. 450: il existe une observation d'origine accidentelle dont j'ai égaré l'indication.
- OSIANDER.** Denkwürdigkeiten für die Geburtsheulfe. Gœttingue, 1794, tom. II, chap. I, pag. 5.
- OSSIEUR.** Annales médicales de la Flandre occidentale, 1852. Gaz. méd. de Paris, 1852.
- PAGET.** British medical Journal, 2 juillet 1859. Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir., 1860, pag. 44: la première observation s'est terminée par la mort, par suite de la rupture de la trompe; la deuxième a été suivie de guérison.
- PELLETAN.** Clinique chirurgicale. Paris, 1810, tom. II, pag. 204.
- PETIT (de Corbeil).** Gazette médicale de Paris, 1847, pag. 225.
- RAPATEL.** Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1856, pag. 522.
- RECOLIN.** Mon confrère, le docteur Recolin (de Nîmes), a opéré avec succès deux imperforations de l'hymen: l'une avait pour objet une fille de Marguerittes, l'autre une demoiselle de Nîmes demeurant rue des Fourbisseurs.
- ROCHARD.** Journal de méd., de chir., etc., 1795, tom. LXXXIV, pag. 261.
- ROZIÈS.** Journal de médecine de Toulouse, 1856. Union médicale, 1857, pag. 50.
- RUYSCH.** Obs. anat. chir. cent. Amstelodami, 1694, obs. xxxiii, pag. 42.
- SANNIÉ.** Holl. maatschapp. Harlem, tom. V, pag. 424. Van Swieten Commem-



taria in Herm. Boerhaavii Aphorismos. Parisiis, 1769, tom. IV, pag. 185.

SAVIARD. Observations chirurgicales. Paris, 1702, obs. iv, pag. 11.

SCANZONI. Traité des maladies des organes sexuels de la femme. Paris, 1858, pag. 476 : six observations dont une cure spontanée.

SCHACKEN (de). Bulletin de la Société de médecine de Nancy, 1861 : ponction avec le trocart.

SCHENCK. Schenckii Observationes medicæ rariores. Lugduni, 1645 ; in-fol. lib. IV, pag. 552 : deux opérations terminées par la guérison.

SCHENCK. Journal complémentaire des sciences méd., 1821, tom. X, pag. 188.

SCHLICHTING. Nova acta phys. med. Acad. Cæs. Leopold. Carol. nat. curios., tom. I, 1757, pag. 545. Commentarii de rebus in scientia. Lipsiæ, tom. VII, pag. 154.

\*..... Nova act. phys. med., etc., 1757, pag. 544 : à la suite d'un accouchement, les débris de l'hymen s'agglutinent et reproduisent l'atrésie pour laquelle elle avait été opérée.

SEATON. Revue médicale, 1851, tom. I, pag. 692 : un accouchement agrandi l'ouverture de l'hymen.

SHERWIN. Med. records, etc., pag. 279 : pendant les crises, le périnée s'allongeait comme si la tête d'un enfant s'appuyait dessus.

SHUTTICE. Union médicale, 1858, pag. 92 : il s'écoula huit livres de sang.

SPENGL. Baldinger. Neues Magazin für Aerzte. Leipsik, 1788, vol. X, pag. 457. Commentarii de rebus in scientia nat. et med. gestis. Lipsiæ, tom. XXXII, pag. 707.

TEXTOR. Medicinisches Correspondenz-Blatt Bayerischer Aerzte. Gazette médicale de Paris, 1847, pag. 850 : sur ces deux cas, il y a une mort. (Obs. xxii du mémoire.)

TOULMOUCHE. Archives générales de médecine, 1826, tom. XIX, pag. 257.

TRIBES. M. le docteur Tribes, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, m'a communiqué la onzième observation.

UTILI. Gazette médicale de Paris, 1858, pag. 721.

VAN HOOLSBECK. Gazette médicale de Paris, 1859, pag. 769.

VAWDREY. The Lancet, août 1845. Gazette médicale de Paris, 1846, pag. 289.

VENTURA. Archives générales de médecine, 1824, tom. VI, pag. 271.

VIAL. Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1857, pag. 250.

VIEUSSENS (Raymond de). Histoire des maladies internes. Toulouse, 5 vol. in-4, 1775, tom. III, pag. 28.



**WIER.** De præstigiis dæmonum, etc., lib. II, cap. 28 : telle est l'indication donnée par Schenk à la suite des deux observations qu'il rapporte. Je n'ai pu consulter toutes les éditions de cet ouvrage, mais je dois dire que je les ai inutilement cherchées dans l'édition d'Amsterdam, 1660, in-4.

#### ATRÉSIES DU VAGIN.

**\* AMUSSAT.** Journal hebdomadaire du Progrès, 1854, tom. I, pag. 237 : observation publiée par Petit; Gazette médicale de Paris, 1855, pag. 785, publiée par Amussat : absence du vagin, imperforation du col, guérison. Il y a un autre fait d'Amussat, mais il est incomplet. Bulletin général de thérapeutique, 1847, tom. XXXIII, pag. 405.

**\* BAILLIE.** Traité d'anatomie pathologique du corps humain, trad. de l'anglais par Ferrall. Paris; in-8, 1805, pag. 402 : J'ai vu, écrit-il, des tentatives de cette nature manquer entre les mains des plus habiles. Comme il n'y a pas d'autres détails, je n'en ai point tenu compte dans mon travail.

**BAKER-BROWN.** Gazette des hôpitaux, 1862, pag. 549 : ponction par le rectum; à en croire M. Liégeard, il y aurait eu deux fois cicatrisation de la fistule.

**BAL (de).** Bulletin de la Société de médecine de Gand, 1845. Gazette méd. de Paris, 1846, pag. 249.

**\* BARTH.** Gazette médicale de Strasbourg, 1844, pag. 221 : guérison spontanée après quatre opérations infructueuses. (Obs. xxv du mémoire.)

**\* BECKER.** De paidoctonia inculcata ad servandam puerperam. Giessen, 1729; in-4, § xx : pas d'opération, écoulement des règles par l'anus.

**\* BENEVOLI.** Dissertazione sopra l'origine dell'Ernia intest., etc.; aggiuntavi XL osservazioni. Firenze, 1747, in-4 : je n'ai pu me procurer l'original. A en croire Chambon, Colombat (de l'Isère), l'opération serait restée inachevée.

**\* BENIVENI.** Libellus de abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis. Basileæ, 1529; in-8, pag. 255 : c'est là l'observation la plus ancienne; il n'y eut pas de tentative opératoire.

**\* BENNET-DOWLER.** Union médicale, 1858, pag. 91 : pas d'opération.

**BEYRAN.** Gazette des hôpitaux, 1862, pag. 426 : imperforation membraneuse avec fistule recto-vaginale.

**BERARD (A.).** Répertoire des sciences médicales, 2<sup>e</sup> édit., tom. XXX, pag. 455. Gazette des hôpitaux, 1857, p. 171 : il y avait absence du vagin et imperforation du col; le vagin fut seul créé dans un cas, dans l'au-



tre il y aurait eu plein succès. N'y a-t-il pas eu erreur, et ne s'agit-il pas du même sujet?

**BERNUTZ.** Clinique médicale sur les maladies des femmes. Paris, 1860, tom. I, pag. 507 : opération incomplète et sans résultat.

\* **BLANDIN.** Gazette médicale de Paris, 1846, pag. 57 : opération amenant une fistule de la vessie ; guérison spontanée.

\* **BOEHM.** Rust's Magazin, tom. XLVI, pag. 182. Archives générales de médecine, 1856, tom. XII, pag. 242. Annales de la chirurgie française et étrangère, 1844, tom. X, pag. 240 : guérison ; grossesse.

\* **BOUISSON.** Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier, 1845, tom. XII, pag. 451 : pas d'opération, l'occlusion oblitérant une fistule vésico-vaginale. D'après Aug. Bérard (Dict. de méd., tom. XXX, pag. 496), Dupuytren aurait eu un cas identique.

**BOYER.** Traité des maladies chirurgicales. Paris, 4<sup>e</sup> édit. tom. X, pag. 447 : mort spontanée.

\* **BUCHHAVE.** Acta regiae Soc. med. Hafniensis, 1791, tom. II, pag. 401 et 402 : deux observations.

\* **CAMERARIUS.** Miscell. cur. med. phys. Acad. nat. cur., anno 1722, cent. ix et x, obs. 75, pag. 584 : opération en deux temps.

\* **CARTEAUX.** Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1850, pag. 154 : pas d'opération.

**COGROSSI.** Haller, Bibliotheca chirurgica, tom. II, pag. 115 : « Ter vaginam membrana clausam ferro aperuit et per angustam dilatavit. » Faute d'autres détails, il n'en a pas été tenu compte.

**CORMISH.** Medic. and philos. Comment., 1774, tom. II, pag. 188 : on en a plusieurs versions ; la plus complète est celle de l'Encyclopédie méthodique, 1790 ; Chirurgie, tom. I, art. *imperforation* : c'est là la première opération d'atrésie étendue suivie de succès.

**DEBROU.** Gazette médicale de Paris, 1851, pag. 52 : absence du vagin et imperforation du col. (Obs. xxix du mémoire.)

**DÉCÈS.** Bulletin de la Société anatomique, 1854, pag. 222. Fenerly, Thèses de Paris, 1855, obs. x, pag. 64 : utérus et vagin doubles, mort par épanchement du sang des trompes dans le péritoine. (Obs. x du mémoire.)

\* **DE LA MARE.** Journal de méd., de chir. etc., 1770, tom. XXXIII, pag. 511 : pas d'opération.

**DELISLE.** Journal général de médecine, 1819, tom. LXVI, pag. 94 : cure spontanée de l'atrésie supérieure.



- \* **DEMEAUX.** Gazette des hôpitaux, 1830, pag. 567 : cure spontanée.
- \* **DENMAN.** Dictionnaire des sciences médicales, tom. LVI, pag. 480.
- \* **DIEFFENBACH.** Gazette des hôpitaux, 1861, pag. 51 : cité par M. Verneuil, sans indication.
- DUBOIS.** Boivin et Dugès, tom. I, pag. 272 : ponction par le rectum, mort. Boyer (*loc. cit.*) y fait allusion.
- DUPUYTREN.** Sabatier, Thèses de Paris, 1818, n° 68, pag. 40 : mort par péritonite consécutive à l'opération. (Obs. xxiv du mémoire.)
- \* **DUPUYTREN.** Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1850, pag. 556 : mort par suite d'une pleurésie.
- \* **FABRICE (de Hilden).** Observations chirurgiques. Genève, 1679, pag. 467, cent. vi, obs. 67 : règles par l'anus.
- FILIPPINI.** Gazette médicale de Paris, 1854, pag. 251.
- \* **FLAMAND.** Villette, Thèses de Paris, 1824, n° 225, pag. 17 : accouchement ultérieur.
- FLETCHER.** Medico-surgical Untes and illustration. London, 1851 ; in-4, fig., pag. 145. Archives de médecine, 1855, tom. VII, pag. 549 : guérison. (Obs. xxii du mémoire.)
- FRÉTEAU.** Nicolon, Thèses de Strasbourg, 9 décembre 1808. Fréteau, Annales de la Société de médecine de Montpellier, 1810, tom. XXIII, pag. 230. Bulletin des sciences médicales, septembre 1810. Journal général de médecine, 1812, tom. XLIII, pag. 54 : cette dernière indication est la meilleure, car, à la suite, se trouve une réponse aux critiques dont cette observation avait été l'objet : issue des règles par la vessie.
- \* **GINTRAC.** Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. Observateur des sciences médicales de Marseille, 1824, tom. VIII, pag. 255 : on recula devant l'opération.
- \* **GOUPIL.** Bernutz et Goupil, Clinique médicale sur les maladies des femmes. Paris, 1860, tom. I, pag. 85, en note.
- \* **GUY.** Gazette de santé, 1824, pag. 245. (Obs. vii du mémoire.)
- HABIT.** Wochenblatt. der K. K. der Aerzte zu Wien, oct. 1857. British and foreign medico-chir. Review, 1858, tom. XXI, pag. 552 : imperforation membraneuse.
- HAEN (de).** Ratio medendi, pars vi, tom. III, pag. 52 ; édit Didot, 1764 : mort, ponction de la vessie, épanchement du sang des trompes dans la cavité abdominale ; les accidents dataient de huit ans.



- \*HASTINGS-HAMILTON. Union médicale, 1838, pag. 91 : ponction par le rectum, établissement d'une fistule vagino-rectale par où s'écoulent les règles. (Buffalo med. Journal.)
- HUGUIER. Gazette des hôpitaux, 1861, pag. 51 : trois observations ; dans la première, il y avait absence du vagin et imperforation du col ; dans les deux autres, l'atresie était moins étendue.
- Inconnu. Frank, Traité de médecine pratique. Paris, 1842, tom. II, pag. 259.
- JAMESSON. Provincial medical Journal, juin 1842, pag. 188. Annales de la chirurgie française et étrangère, 1842, tom. VI, pag. 108. Gazette médicale de Paris, 1842, pag. 696.
- \*JEFFERSON. Baltimore medical and surgical Journal, juillet 1854. Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1854-1855, pag. 195 : l'opération réussit malgré l'étendue de l'atresie.
- KENNEDY. Dublin medical Press, 6 décembre 1845. Annales de la chirurgie française et étrangère, 1844, tom. X, pag. 95 : deux opérations infructueuses, une troisième réussit et est suivie de l'établissement définitif des règles.
- KIWISCH. Scanzoni, *loc. cit.*, pag. 420 : cure spontanée, l'obstacle était membraneux.
- KLUYSKENS. Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand, 1845. Gazette médicale de Paris, 1846, pag. 250 : absence de tout le vagin et imperforation probable du col ; mariée, elle n'eut pas d'enfants.
- \*KUHNAU. Journal de Siebold, 1855, n° 2, pag. 288. Archives générales de médecine, 1854, tom. V, pag. 142.
- LEROY. Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1855, pag. 181 : utérus et vagin doubles, mort par péritonite. (Obs. iv du mémoire.)
- \*LE VACHER (de la Feutrie). Histoire de l'Académie des sciences de Paris, 1770, pag. 52 : pas de traitement.
- \*LISFRANC. Archives de médecine, 1827, tom. XV, pag. 420. Revue médicale, 1827, tom. III, pag. 521 : pas de traitement ; hémorrhagie mensuelle par l'urètre.
- \*LISTON. Gazette des hôpitaux, 1859, pag. 185 : l'opération n'aboutit pas ; mort par péritonite.
- LOCATELLI. Gazzetta medica di Milano, septembre 1847. Gaz. méd. de Paris, 1848, pag. 406 : accidents remontant à six ans ; ponction, mort par épanchement de sang dans le péritoine. (Obs. III du mémoire.)
- \*LOMBARD. Gazette médicale de Paris, 1851, pag. 125 : opération, accouchement, mort par rupture de l'utérus.



- MAISONNEUVE. Gazette des hôpitaux, 1849, pag. 589 : guérison après récurrence.  
 \* ..... Gazette des hôpitaux, 1862, pag. 86 et 98 : opération, mort par épanchement de sang.
- MANOURY. Bulletin de l'Académie de médecine, 1859, tom. IV, pag. 92 : mort au dixième mois.
- MARSH (du Delaware). Medical Examiner, janvier 1842. British and foreign medico-surgical Review, 1842, tom. XIV, pag. 245 : inflammation spontanée survenue chez une jeune fille ; guérison.
- \* MAUQUEST (de la Motte). Traité de chirurgie. Paris, 1752, tom. IV, pag. 104. Traité complet des accouchements. Paris ; in-8, 1765, tom. II, pag. 1050 : guérison.
- \* MEERCK. Zeitschrift für die gesammte Medizin de Oppenheim. Union médicale de Paris, 1847, pag. 552 : fistule vésico-vaginale ; guérison.
- MELCHIORI. Gazzetta medica Italiana, 1854. Canstatt's Jahresbericht, 1854, pag. 441 : il y a deux observations terminées par la guérison.
- MICHALOWSKI. Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier, 1845, tom. X, pag. 68.
- \* MICHON. Leven, Bulletin de la Société anatomique, 1858, pag. 449. Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, tom. I, pag. 78, observation de M. Second Ferriol : mort par infection purulente.
- \* MIESSEY. Union médicale, 1858, pag. 92 : guérison.
- \* MONOD. Revue médicale, 1845, tom. II, pag. 519, mémoire de Devilliers : guérison.
- MUNCK. London medical Gazette, tom. XXVII, pag. 867. Gazette médicale de Paris, 1841, pag. 585 : mort spontanée par rupture de la trompe. (Obs. xvii du mémoire.)
- \* NELATON. Gazette des hôpitaux, 1855, pag. 44 : guérison.  
 .... Gazette des hôpitaux, 1856, pag. 545, relatée par M. Voisin : l'utérus était bicorné, et la mort eut lieu à la suite d'une péritonite.
- PATRY. Gazette des hôpitaux, 1861, pag. 69 : absence du vagin, imperforation du col ; la guérison fut complète, après une récurrence.
- PIACHAUD. Gazette des hôpitaux, 1857, pag. 464 : atrésie membraneuse ; guérison. Il y eut un léger phlegmon de la fosse iliaque.
- \* PITHA. Scanzoni, Traité des maladies des organes sexuels de la femme, 1858, pag. 416 : mort par péritonite.
- \* PLATER. Felicis Plateri observationum, libri tres. Basileæ, 1614 ; in-8, lib. I, pag. 241.



- \* PUECH. Gazette des hôpitaux, 1861, pag. 277 : refus de l'opération. (Obs. XXI du mémoire.)
- \* PUECH. Observation v du mémoire : fistule vésico-vaginale.
- \* RICHARD. Gazette des hôpitaux, 1861, pag. 51 : causée par le perchlorure de fer.
- \* RICHTER. Medicinisches and chirurgische Bemerkungen von August-Gottlieb Richter. Göttingue, 1795, cap. XXI, pag. 260. Commentarii de rebus in scientia naturali et medicina gestis, 1794, tom. XXXVI, pag. 298. Burns, Traité des accouchements, trad. de l'Encyclopédie. Paris, 1859, pag. 59 : guérison.
- ROKITANSKY. Zeitschrift d. g. d. Aerzte zu Wien, 1859, n° 55 : pièce du musée pathologique de Vienne dans laquelle le canal vaginal droit se termine, dans la moitié de sa longueur, sans ouverture ; le rein droit manque en même temps.
- \* ROONHUYSEN. Ses observations, publiées en 1672 en hollandais, ne nous sont qu'imparfaitement connues ; deux ont été consignées par Gérard Blaes. Observationes medicæ rariores. Amstelodami, 1677 ; in-8, pag. 59 et 40 : la guérison eut lieu sans accident pour la première ; quant à la seconde, il fallut une seconde opération.
- \* SCANZONI. Traité des maladies des organes sexuels de la femme, 1858, pag. 416 : pour la première, survenue à la suite d'une petite vérole très-violente, on ignore ce qui est advenu ; pour la seconde, pag. 418, les résultats de l'opération furent annulés en partie.
- SCHUH. Wien. Wochenblatt, 1857, n° 51. British and foreign med. chir. Review, 1858, tom. XXI, pag. 552. Cavaise, in Annuaire pour 1857, pag. 257, en a donné un résumé : mort consécutive à l'épanchement de sang à l'intérieur du péritoine.
- \* SEGALAS. Revue médicale française et étrangère, 1825, pag. 525 : pas d'opération.
- \* SLACKER. Gazette médicale de Strasbourg, 1858, pag. 190 : guérison.
- \* SMITH WARNER. Charleston medical Journal, nov. 1857. British and foreign medico-chirurgical Review, 1858, tom. XXI, pag. 555 : la première opération échoue, la seconde est suivie de mort par péritonite.
- \* STEIDELE. Sammlung von Beobachtungen, II B., pag. 22, cité par Ploucquet, et les Commentaires de Leipsik, tom. XXI, pag. 518 : elle était survenue pendant le cours d'une fièvre typhoïde.
- TEXTOR. Medicinisches Correspondenz-Blatt Bayerischer Aerzte, février 1847. Gazette médicale de Paris, 1847, pag. 850 : atrésie membraneuse ; guérison.



- \* THILENIUS. Hufeland's Journal, cité par Ploucquet, art. *atresia*. Je me borne à cette indication, n'ayant pu consulter l'original.
- \* THOMAS. Revue de thérapeutique du Midi, tom. VIII, 1855, pag. 76 : guérison.
- UPSHUR. Gazette médicale de Paris, 1854, pag. 57 : guérison après récurrence au troisième mois.
- \* VELPEAU. Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1855, pag. 455 : fistule vésico-vaginale guérie par l'occlusion.
- \* VOISIN. Voisin, Thèses de Paris, 1806, n° 116, pag. 56 : guérison. Journal général de médecine, 1806, tom. XXVII, pag. 125.
- WILLAUME (de Metz). Revue médicale française et étrangère, 1826, tom. III, pag. 168 : absence de la partie inférieure du vagin et imperforation du col ; guérison.

#### ATRÉSIES DU COL UTÉRIN.

- ABT. Wurtemberg Correspondenz-Blatt, 1859, n° 28. Canstatt's Jahresbericht, 1859, pag. 407 : à la suite d'une métrite violente, l'atrésie se reproduisit au bout de huit jours ; quelques mois plus tard, deuxième opération suivie de la dilatation forcée.
- BAKER-BROWN. The Lancet, 1860, n° 49. The north Amer. med. chir. Review, septembre 1860, pag. 897. Canstatt's Jahresbericht et Gazette hebdomadaire, 1861, pag. 651 : mort consécutive à la péritonite ; les accidents remontaient à quelques années, et on retira trois quarts de pinte.
- \* BARNOTTE. Annales médicales de la Flandre occidentale. Gazette méd. de Paris, 1857, pag. 225 : guérison. (Obs. xviii du mémoire.)
- \* BARTELS. Deutsche Klinik, 1851, n° 49. Canstatt's Jahresbericht, 1851, pag. 295 : guérison spontanée suivie de récurrence.
- BECASSEAU. Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, 5<sup>e</sup> cahier, 1842. Gazette des hôpitaux, 1842, pag. 577.
- GUNNING-BEDFORD. Leçons cliniques sur les maladies des femmes, traduites par Gentil. Bruxelles et Paris, 1860 ; in-8 : sur les trois congéniales, il y eut deux guérisons, pag. 190 et pag. 195, et une mort, suite d'un kyste de l'ovaire concomitant, pag. 227. Quant à celle consécutive à une fausse couche, dont il est parlé pag. 245 et 296, elle guérit très-bien.
- BENEVOLI. Ainsi que je l'ai déjà dit, l'original n'a pu être consulté. De toutes les traductions, la plus complète est celle de Colombat (de l'Isère).
- \* BOUCHARD. Bulletin général de thérapeutique, 1855, tom. XLIV, pag. 541 : guérison.



- CABARET (de Saint-Malo). Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier, 1844. (Obs. xi du mémoire.)
- \* CAMBAY. Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier, 1847, tom. XV, pag. 81 : guérison.
- CHEVALIER. Journal de médecine de Corvisart, Leroux et Boyer, 1809, tom. XVIII, pag. 186, 189 : guérison après une récurrence.
- COURTY. Fait inédit : guérison. (Obs. xii du mémoire.)
- \* DA CAMIN. Memoriale della medicina contemporanea, 1839. Gazette médicale de Paris, 1840, pag. 91 : gangrène consécutive au choléra, récurrence trois mois après l'opération, guérison définitive après une seconde.
- \* DANCE. Archives générales de médecine, 1829, tom. XX, pag. 551, obs. v : guérison.
- DELPECH. Mémorial des hôpitaux du Midi. Montpellier, 1850, tom. II, pag. 147 : guérison.
- DESGRANGES. Mémorial des hôpitaux du Midi, 1850, tom. II, pag. 479 : guérison.
- \* DUPUYTREN. Moreau, Traité pratique des accouchements. Paris, 1858, tom. I, pag. 186 : mort.
- DUSSOY. Journal de médecine, de chirurgie, etc., 1785, tom. LXV, pag. 606 : guérison.
- FRITZ. Roux, Relation scientifique de son voyage en Allemagne. Bulletin de l'Académie de médecine, 20 mars 1858. Il y avait en même temps atésie du vagin.
- \* GAUTHIER. Nouveau Journal de médecine, vendém. an XII, tom. VII, pag. 50 à 40 : guérison.
- HEMMAN (J. A.) Medicinische chirurgische Aufsätze historisch-praktischen Inhaltz. Berlin, 1778; in-8, in Bibliotheca chirurgica Stephani Hyeronimi de Vigiliis von Kreutzenfeld, Vindoboniæ, 1781, 2 vol. in-4, tom. I, pag. 256 et 257 : dans le premier, la mort fut spontanée ; dans le second, il y eut guérison après une récurrence.
- HERVEZ DE CHÉGOIN. Archives de médecine, 1829, tom. XXI, pag. 610. Gazette médicale de Paris, 1850, pag. 69 : guérison.
- \* Inconnu. J.-P. Frank, Traité de médecine pratique. Paris, 1842 ; in-4, tom. II, pag. 259 : récurrence ; on ignore le résultat de la seconde opération.
- \* ..... Rust's Magazin für 1855, tom. XLI, 1<sup>er</sup> cahier. Duparcque, Histoire des ruptures et des déchirures de l'utérus. Paris, 1859 ; in-8, pag. 14 : mort par rupture de la matrice (obs. xv).



- \* JOBERT DE LAMBALLE. Bulletin général de thérapeutique, 1845, tom. XXVIII, pag. 210 : on dut faire deux ponctions.
- ..... Gazette médicale de Paris, 1851, pag. 542 : quatre opérations infructueuses ; une cinquième est suivie de mort (Trumet de Fontarce), obs. xxviii du mémoire.
- KRIMER. Journal der praktischen Heilkunde Hufeland's, septembre 1854. Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1855, pag. 288 : la première récidence eut lieu un mois après, la seconde trois mois après. Il fallut en venir à l'amputation du col.
- \* LATOUR (d'Orléans). Histoire philosophique et médicale des hémorrhagies. Paris, 1828. Duparcque. Traité des ruptures de l'utérus, 1859, pag. 15 : mort spontanée (obs. xvi).
- LEBRUN. Compte-rendu de l'hôpital de Varsovie, de 1850 à 1856 : ponction, éponge préparée ; guérison. — Gazette médicale de Paris, 1857, pag. 672.
- \* MARTIN (le Jeune). Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques. Paris, 1855, pag. 259 : pas d'opération.
- \* MATTEL. Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 1858, pag. 487 (obs. vi du mémoire).
- MAYER. Canstatt's Jahresbericht, 1852, pag. 45 : dans les deux cas, guérison.
- MUCK. Canstatt's Jahresbericht, 1854, pag. 25 : il y avait en même temps absence de la partie supérieure du vagin ; plusieurs opérations infructueuses ; ménopause prématurée.
- \* OLIVERA. Gazette de santé, 1824, pag. 168 : guérison.
- OSIANDER. Dictionnaire des sciences médicales, tom. XXIII, pag. 295 ; et Burns, *loc. cit.*, pag. 40 : guérison.
- \* PAULY. Maladies de l'utérus, d'après les leçons de Lisfranc. Paris, 1856 ; in-8, pag. 250 : le col s'était oblitéré à la suite d'une amputation du col ; à la mort, on aurait trouvé une matière encéphaloïde dans le petit bassin. Quoi qu'en ait dit M. Bernutz, ce fait doit être tenu en suspicion.
- PICARD. Gazette des hôpitaux, 1858, pag. 255 : atrésie compliquée d'une imperforation de l'hymen. A ma prière, M. Picard a revu, le 15 décembre 1861, cette fille et m'a fourni des renseignements sur son état. Quoiqu'elle nie avoir eu des relations sexuelles, le vagin s'est élargi, mais il est resté court ; il n'a que six centimètres ; sa



forme est celle d'un infundibulum; on a la sensation d'un corps dur, mais on n'y sent point d'orifice; au spéculum, on découvre un orifice très-petit par lequel on voit sourdre du mucus; elle est très-bien réglée et a remarquablement engraisé.

\* PUECH. Gazette des hôpitaux, 1859, pag. 162 : guérison spontanée (obs. xiv).

PUECH. Observation XIII du mémoire : déviation des règles pendant toute la vie.

RATHIEU. Mémoires de la Société royale de médecine, 1778, tom. II, pag. 249 : mort à la suite de l'opération.

\* RIGBY. Medical Times and Gazette, 15 septembre 1856, pag. 257. Gazette hebdomadaire, 1857, pag. 545 : guérison après récurrence.

ROKITANSKY. Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien, 1859, n° 55; et Canstatt's Jahresbericht, 1859, pag. 412 : mort spontanée. Dans la deuxième, insérée dans le même journal (1860, n° 51), et Canstatt's Jahresbericht, 1860, pag. 560, il y eut rupture de la cloison et mort par accidents inflammatoires. (Voyez Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1860, pag. 701.)

SCANZONI. Traité des maladies des organes sexuels de la femme, 1858, pag. 58 : « Nous avons jusqu'ici opéré trois atrésies de l'utérus; nous n'avons non-seulement perdu aucune des malades, mais nous n'avons vu aucun accident de quelque gravité suivre l'opération. »

\* SCHÜTZER. Abhand. der Schwed. Academie, vol. IX, pag. 77; cité par Chélius. Sous le nom de Schutsen, Chambon (Traité des maladies des femmes. Paris, an VII, tom. II, pag. 15) a donné la traduction d'un cas qui paraît être celui-ci. Sandifort, Obs. anat. path., lib. II, cap. II, pag. 69.

TUPPERT. Canstatt's Jahresbericht, 1858, pag. 402 : les accidents duraient depuis l'âge de dix-sept ans; écoulement de cinq onces de sang par la canule; établissement des règles, mais interruption au sixième mois; trois mois après la deuxième opération, récurrence; enfin, une troisième opération aboutit, mais on laissa pendant trois mois une canule de plomb. Quatre ans après, il survint une grossesse qui se termina par l'expulsion d'un enfant mort.

VAN SWIETEN. Chambon, Traité des maladies des femmes. Paris, an VII, tom. I, pag. 319 : mort sans traitement.

WATTMANN. Medicinische Jahrbücher der Oesterreichischen Staates, février 1844; et Gazette médicale de Paris, 1844, pag. 652 : guérison.



- \* WILLIAMS. London medical Gazette et Ranking's half-yearles abstract, 1850. Bulletin général de thérapeutique, 1850, pag. 529 : atresie consécutive à la cautérisation du col avec le nitrate acide de mercure et la pâte de Vienne solidifiée; guérison.

§ 2.

INDEX DES OUVRAGES.

Cet index ne comprend que les documents les plus importants; peut-être même pour certains trouvera-t-on que je n'ai pas été assez sévère. Les auteurs y sont disposés par ordre alphabétique; la date de la publication, le livre et le chapitre de l'ouvrage y sont signalés autant que possible. Quand on a eu à citer des ouvrages qui n'étaient plus sous la main, on a préféré s'abstenir au lieu de donner des citations qu'on ne pouvait vérifier.

Enfin, les quelques observations qui n'ont pu être consultées ont été notées et distinguées par un astérisque.

- AÉTIUS. Contractæ ex veteribus medicinæ tetrabilos. Lugduni, 1549, in-fol. tetrab. 4, sermo 4, cap. 95-96, pag. 1019.
- ALBUCASIS. Practica, sect. 2, cap. 49. De clausura pudendi.
- ASTRUC. Traité des maladies des femmes. Paris, 1761; in-12, tom. I, chap. v : Des règles retenues par quelque vice de conformation, pag. 459 à 497.
- AVICENNE. Opera. Venetiis, 1607, in-fol., tom. I, tract. iv, lib. III, cap. 1 et 2, pag. 952.
- BARBETTE. OEuvres chirurgiques et anatomiques. Genève, 1674; in-8, pag. 72.
- \* BACKER. American med. Journal, 1858 : occlusion, hystérotomie vaginale.
- BAS. Thèses de Paris, 1812, n° 405; trente-six pages : de l'imperforation du vagin.
- BAUMER. Medicina forensis. Francofurti et Lipsiæ, 1778, § vi, pag. 156.
- BECKER. De paidoctonia inculcata ad servand. puerperam. Giessen, 1729; in-4.
- BÉGIN. Éléments de chirurgie. Paris, 1858, tom. I, pag. 445.
- BERNUTZ et GOUPIL. Clinique médicale des maladies des femmes, 1860, tom. I : premier mémoire de la rétention des menstrues. Ce travail est très-étendu.
- \* BLANCARD (Steph.). Collectanea phys. med., cent III, obs. 56; cent. IV, obs. 9; cent. VI, obs. 28.
- BOEHMER (G. R.). Disp. de naturalibus femin. clausis. Wittemberg, 1768; in-4.



- BOIVIN et DUGÈS. Traité pratique des maladies de l'utérus. Paris, 1855 ; in-8, tom. I, pag. 270.
- BOUCHUT. Traité pratique des maladies des nouveau-nés. Paris, 1855, pag. 605.
- BOURDEL. Mémoires de médecine, de chirurgie et d'accouchement. Montpellier, 1859, pag. 157.
- BOYER. Traité des maladies chirurgicales. Paris, 1851, tom. X, pag. 425.
- \* Bulletin de la Société anatomique. Tom. XX, pag. 59 ; tom. XXII, pag. 265 ; tom. XXIV, pag. 159 : occlusion du vagin. Tom. XXVI, pag. 147 : oblitération du col. Tom. XXV, pag. 299 : adhérence des parois vaginales. Tom. XVIII, pag. 291 : imperforation du col.
- BURNS. Traité des accouchements (trad. de l'Encyclopédie). Paris, 1859, pag. 40.
- BURTON. Traité des accouchements, trad. par Lemoine, 1771-1775. Paris, tom. II, pag. 570.
- CALLISEN. Systema chirurgiæ hodiernæ. Hafniæ, 1800, tom. II, pag. 685.
- CAPURON. Traité des maladies des femmes. Paris, 1817.
- CELSE. De re medica, lib. VII, cap. 28. Artis medicæ principes, édit. Haller. Lausannæ, 1772, tom. VIII, pag. 154.
- CESAR A REIS FRANCO. Elysium jucundarum quæstionum campus. Bruxelles, 1661 ; in-fol., pag. 284.
- CHAMBON. Maladies des femmes, 2<sup>e</sup> édition, an VII, tom. I, pag. 292, pag. 520, tom. II, pag. 15.
- CHELIUS. Traité de chirurgie, trad. par Pigné. Paris, 1855, tom. II, pag. 58.
- CICÉRON. De Divinatione, lib. II, § LXX. OEuvres, trad. de J. Leclerc, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1826, tom. XXXI, pag. 506.
- CLAUDINUS. Empyrica rationalis, lib. VI, absol. Bononiæ, 1655, 2 vol. in-fol., lib. IV, sect. 2, tract. 2, pars. 1, cap. 5.
- COLOMBAT (de l'Isère). Traité des maladies des femmes. Paris, 1839-1845, tom. I, pag. 175 : cet article est traité avec détails et un soin tout particulier.
- COOPER (S.). Dictionnaire de chirurgie pratique. Paris, 1826, pag. 590.
- \* COUTES. The Lancet, 1858, vol. II, n<sup>o</sup> 1 : absence du vagin.
- DALECHAMPS. Chir. franç., augm. par J. Girault. Paris, 1610, in-4., pag. 520.
- \* DELIUS (H. Fr.). Fränkischer Sammlung, 1762, tom. VI : uterus clausus ut ostium non pateret.
- DELAFAÏE. Principes de chirurgie, 5<sup>e</sup> édit. Paris, 1762, pag. 457 : il traite de l'imperforation de l'hymen.
- DELPECH. Précis des maladies chirurgicales. Paris, 1816, tom. I, pag. 497.
- DEVERGIE. Médecine légale. Paris, 1856, tom. I, chap. IV, pag. 585.



- DICTIONNAIRE de chirurgie. Paris, 1767, tom. II, pag. 54, art. *hymen*.
- de médecine, trad. de l'anglais de James. Paris, 1746, art. *vagin*.
- des sciences médicales, art. *imperforation*, tom. XXIX, pag. 151 à 159; art. *oblitération*, tom. XXXVII, pag. 16; art. *vagin*, tom. LVI, pag. 435; art. *vulve*, tom. LVIII, pag. 408.
- de médecine, art. *vagin*, de Bérard, tom. XXX, pag. 446.
- des Dictionnaires de médecine, par Fabre. Paris, 1830, tom. VIII, art. *vagin*.
- DIONIS. Traité général des accouchements. Liège, 1721, in-8, lib. I, chap. VII, pag. 69. Cours des opérations de chirurgie. Paris, 4<sup>e</sup> édit, 1754, pag. 274 : il signale, sans autre détail, un traité en latin de *imperforatis*.
- DOLOEI. Encyclopedia chir. rationalis. Venetiis, 1690, in-4, lib. IV, pag. 808.
- ENCYCLOPÉDIE méthodique. Chir., tom. I. Paris, 1790, art. *imperforation*, pag. 677.
- FODÉRÉ. Traité de médecine légale et d'hygiène publique. Paris, an VII, tom. I, pag. 217.
- FOREST (Pierre). Obs. et curat. med. ac chir. Opera omnia quatuor tomis digesta. Rothomagus, 1655, in-fol., lib. XXVIII, obs. LV, pag. 530.
- FRANK (P.). Traité de médecine pratique. Paris, 1842, tom. II, pag. 258.
- \* GAVARDO. El siglo medico, 1860, n° 545 : hystérotomie faite avec succès pour une atrésie du col.
- GEOFFROY SAINT-HILAIRE. Hist. des anomalies, tom. I, part. II, lib. IV, chap. III, pag. 518.
- \* GRAF. Archiv. für Path. anat. und Phys., 1860, liv. 5 et 6 : atrésie du vagin; menstruations anormales.
- GUÉRIN. Éléments de chirurgie opératoire. Paris, in-18, pag. 602.
- GUILLEMEAU. OEuvres de chirurgie. Rouen, 1649, in-fol. : de l'heureux accouchement; lib. I, chap. X, pag. 510; liv. III, chap. XIX, pag. 574 : de la nourriture des enfants, chap. XXXVI, pag. 440.
- ..... De hymene; Disput. chir.-phys.-hist. Monspeli, 1789; 84 pages in-8.
- GUY DE CHAULIAC. La grande chirurgie, trad. par Mingelousault. Bordeaux, 1672, tr. V, pag. 754.
- GYNÆCIORUM sive de mulierum affectibus græce et latine jam olim et recens edit. Basileæ, 1586, 5 vol. in-4 : divers passages, ainsi tom. I, chap. XV, pag. 64, 184, 510; tom. III, pag. 55.
- HEISTER. Institutiones chirurgicæ. Amstelodami, 1730, in-4, pars II, sect. 5, cap. CXLVI et CXLVII, traduites par Paul. Avignon, 1770, in-4, pag. 597 et 402.



- HIPPOCRATE. OEuvres complètes, trad. par Littré. Paris, 1855, 1861, tom. VIII, pag. 97, 525, 440.
- HOFFMANN (Gasp.). Institutionum medicarum, lib. IV. Lugduni, 1645, in-4; lib. III, cap. CXLI, pag. 497.
- HORSTII GREGORII. Obs. med., in-fol, tom. II, lib. iv, obs. 55; lib. v, obs. 16.
- HUCHER. De sterilitate utriusque sexus. Aureliæ Allobrogum, 1609, lib. II, pag. 501 et 511.
- LABADIE (de Lalande). De l'occlusion du conduit vulvo-utérin. Thèses de Paris, 1856, n° 258.
- LANFRANC. Chirurgia magna. Doct. 5, tr. 5, cap. ix.
- LASSUS. Pathologie chirurgicale. Paris, 1809, tom. I, pag. 457 à 468.
- LEDRU. Thèses de Paris, 1855, n° 251 : de l'hymen.
- LEVAILLANT. Thèses de Paris, 1846 : Essai sur l'imperf. cong. de l'utérus.
- LIÉBAUT. Trois livres appartenant aux infirmités et maladies des femmes. Paris, 1582, lib. II, chap. LXI, pag. 495, et chap. LXII, pag. 509.
- \* LODER. Obs. imperf. vaginæ icone illustr. Ienæ, 1800, in-4.
- LOUIS. De part. ext. gener. inserv. in mulieribus natur. otiosa et morbosa dispositione. Paris, 1754, in-4.
- MANGET. Bibliotheca chirurgica. Genevæ, 1721; 2 vol. in-fol., art. *imperf. forati*.
- MAUQUEST (de la Motte). Traité des accouchements. Paris, 1765, pag. 58.
- MAURICEAU. Traité des maladies des femmes grosses, 7<sup>e</sup> édition. Paris, 1740, tom. I, pag. 58.
- MAYER. Bulletin des sciences méd. de Férussac, 1850, tom. XXII, pag. 41.
- MERCATUS. De mulierum affect., lib. quat. Francofurti, 1620, lib. I, cap. 6, p. 467.
- MESNARD. Le guide des accoucheurs. Paris, 1755, in-8, pag. 45.
- MORGAGNI. De sedibus et causis morborum. Venetiis, 1761, in-fol., lettre XLVI, § 12 et 15.
- MORISSON. Bulletin des sciences médicales de Férussac, tom. XIII, pag. 564.
- MULLER. De atretis, in-4. Giessen, 1761.
- NABOTH. De sterilitate mulierum. Lipsiæ, 1707. Disp. anat. selectæ ab Haller, tom. V, pag. 254.
- NÉLATON. Éléments de path. chir. Paris, 1859, tom. V, pag. 80 et 756.
- \* NEUSSEL. Allegemeine medic. Central-Zeitung, 1857, n° 7 : absence du vagin.
- \* NEWCOMER. The Cincinnati Lancet and Observer, 1861, n° 2 : absence des parois vaginales.
- NICOLON. Thèses de Strasbourg, 9 décembre 1808.
- NUCK. Adenographia curiosa et uteri anatome. Leyde, 1696.



- OEHME. Disp. de morbis recens natorum chirurg. Lipsiæ, 1775, in-4.
- ORFILA. Traité de médecine légale, 5<sup>e</sup> édit. Paris, 1856, tom. I, pag. 209.
- PALFIN. Anatomie chirurgicale. Paris, 1726, tom. I, pag. 215.
- PARÉ (Ambr.). OEuvres. Rouen, 1655, in-fol. : de la génération, chap. XLIX, I et LI, pag. 729.
- PAUL (d'Égine). De re medica, lib. VI, cap. 72, trad. de Briau. Paris, 1855, pag. 295.
- PIGRAY. Épitome des préceptes de méd. et de chir. Lyon, 1682, in-8, liv. VII, chap. XX, pag. 405.
- PLATER (Félix). Praxeos medicæ tomi tres. Basileæ, 1625, tom. I, cap. XVII, pag. 445.
- PLINE. Hist. nat., liv. 7, cap. XV, trad. de Guérault. Paris, 1845, pag. 44.
- POUCQUET. Litterat. med. sive Repert. med. pract. chir. atque rei obstetr. Tübinguæ, 1808-1815; 5 vol. gr. in-4 : on trouve des indications utiles aux articles *atrésie* et *vagin*.
- PRIMEROSE. De mulierum morb. et sympt. Roterod., 1655, lib. II, cap. I, pag. 76.
- RANCHIN. De morbis virginum. Lugduni, 1627, in-4, cap. I, pag. 575.
- RICHERAND. Nosographie chirurgicale. Paris, 1806, tom. III, pag. 512 à 520.
- RIVIÈRE (Lazare). La pratique de médecine, trad. par de Boze. Lyon, 1682, tom. II, chap. XIV, pag. 481.
- ROCHE, SANSON et LENOIR. Nouveaux éléments de path. med.-chir. Paris, 1844, tom. V, pag. 72 et 170.
- ROCHOEUS. De morbis mulierum curandis. Lutetiæ, 1542, in-12, pag. 126.
- RODERIC A CASTRO. De universa mulieb. medic. Venetiis, 1644, pars secunda, cap. I.
- ROONHUYSEN. Cet auteur ne m'est connu que par les citations de Gérard Blaes, de Haller, de Heister, etc.
- SABATIER. De la médecine opératoire. Paris, 1796, tom. I, pag. 442.
- SABATIER (Michel). Thèses de Paris, 1818, n° 62.
- \* SACCHETTI. Gazetta med. ital. (Lombardia), 1854, n° 10 : atrésie du vagin.
- SAVANAROLO (J. M.). Practica major. Venetiis, 1561, tract. VI, cap. XXI, rub. 2 et 9.
- SAXONIA (Hercule). Panthæum med. select. Francof., 1605, fol. lib. IV, cap. VIII, pag. 555.
- SCANZONI. Traité des maladies des organes sexuels, trad. par Dor et Socin. Paris, 1858, pag. 51, 415, 475.
- SCHENCK. Observat. med. rariores. Lugduni, 1645, fol. lib. IV, pag. 529.
- SCHURIGH. Parthenologia. Dresdæ et Lipsiæ, 1729; in-4°, cap. VI, § 40, pag. 186.
- SCULTET. L'arsenal de chirurgie, trad. par de Boze. Lyon, 1675, pag. 214, tab. XLIII.
- SÉDILLOT. Traité de médecine opératoire. Paris, 1855, tom. II, pag. 459.
- SENNERT. Opera. Lugduni, 1650, 5 vol. fol. Pract., lib. IV, part. I, sect. I, cap. 5.



- SEVERIN (Marc-Au.). De efficaci med. Francofurti, 1682, fol. lib. III, cap. 88, pag. 261.
- \* SEYFERT. Sur l'hæmatométrie (atrésie du vagin et de la matrice). Viertel Jahr-schrift für pract. Heilkunde. Prague, XI année, 1855.
- \* SUGGS. New-Orléans med. and surg. Journ., 1858 : occlusion accident. du col.
- TEICHMEYER. Inst. med. leg. auctæ a Faselio. Ienæ, 1762, in-4, cap. XVI, pag. 129.
- THÉVENIN. Traité des opérations de chirurgie. Paris, 1658, fol., chap. LXV et LXIX.
- \* TIBBITZ. The pacific med. and surg. Journal, 1860, n° 50 : occlusion de l'utérus.
- VALENTIN. Medico-legales Pandectes, pars. I, sect. I, casus XIV, pag. 14; et Authentici medico-legales, casus III, pag. 417. Francfort-sur-le-Mein, 1761, in-fol.
- VAN-SWIETEN. Comment. in Boerh. aph. Paris, 1765, in-4, tom. IV, pag. 581.
- VARANDÉ (J.). De morbis et affectibus mulierum, ed. opera Petri Mysæi. Lugduni, 1619, lib. I, cap. XI, pag. 191.
- VEIGA (Christophe à). Opera omnia repurg. et illustr. op. et lab. Lud. Serrani. Lugduni, 1626, in-fol., lib. III, sect. x, cap. XVII.
- VELPEAU. Traité de méd. opératoire, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1859, tom. IV, pag. 552.
- VIDAL DE CASSIS. Traité de pathologie externe, 1851, tom. V, pag. 528.
- VERDUC. Les opérations de la chirurgie. Paris, 1695, in-12, tom. II, pag. 1055.
- VIGAROUX. Cours élémentaire des maladies des femmes. Paris, 1801, tom. I, pag. 74 à 84.
- VIGILIUS (de). Bibliotheca chirurgica. Vindoboniæ, 1781, in-4, tom. I, pag. 561, art. *atresia* : il y a là une foule d'indications précieuses.
- VILLETTE. Diss. sur l'atrétisme. Thèses de Paris, 1824, n° 251.
- VOISIN. Thèses de Paris, 1806, n° 116.
- WAILLE. Thèses de Strasbourg, 1854, n° 1665 : de l'obturation vaginale.
- WALTHER. Sylva medica. Budissæ, 1679, in-4, pag. 1298.
- \* WALTHER. Nouveaux mémoires de l'Académie de Berlin, 1774 : vagin fermé, et par l'hymen, et par une membrane anormale.
- WIER. Opera omnia. Amstelodami, 1660, in-4, pag. 935 à 942.
- ZECCHIAS. Quæstionum med. legal. Lyon, 1661, fol., lib. IX, tit. III, quest. VI, pag. 56.







## TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I <sup>er</sup> . DÉFINITION, SYNONYMIE, HISTORIQUE. . . . .	2
CHAPITRE II. DU SIÈGE DES ATRÉSIES. . . . .	6
ART. I <sup>er</sup> . <i>Vulve</i> . . . . .	7
A. Adhérences des grandes lèvres. . . . .	7
1 <sup>re</sup> Observation, DUPUYTREN. . . . .	8
B. Adhérences des petites lèvres. . . . .	8
C. Atrésies hyménéales. . . . .	9
2 <sup>e</sup> Observation, DOLIGNON. . . . .	10
ART. II. <i>Vagin</i> . . . . .	11
1 <sup>re</sup> Classe. A. Atrésie simple. . . . .	11
3 <sup>e</sup> Observation, LOCATELLI. . . . .	12
B. Atrésie compliquée. . . . .	15
C. Atrésie complexe. . . . .	15
4 <sup>e</sup> Observation, LEROY. . . . .	15
2 <sup>e</sup> Classe. . . . .	15
5 <sup>e</sup> Observation, PUECH. . . . .	16
ART. III. <i>Col de l'utérus</i> . . . . .	19
1 <sup>re</sup> Classe. A. Atrésie simple. . . . .	19
B. Atrésie complexe. . . . .	20
2 <sup>e</sup> Classe. . . . .	20
6 <sup>e</sup> Observation, MATTEI. . . . .	21
CHAPITRE III. Etiologie. . . . .	21
§ 1. Atrésie congénitale. . . . .	22
§ 2. Atrésie accidentelle. . . . .	25
CHAPITRE IV. Symptomatologie. . . . .	27
§ 1. Symptômes rationnels. . . . .	27
7 <sup>e</sup> Observation, GUY. . . . .	29



De la rétention des menstrues. . . . .	50
8° Observation, BIDART. . . . .	54
§ 2. Symptômes physiques. . . . .	56
A. Imperforation de l'hymen. . . . .	56
A. Atrésies du vagin. . . . .	57
C. Atrésies du col utérin. . . . .	59
Tumeur hypogastrique. . . . .	59
9° Observation, TRIBES. . . . .	41
§ 5. Complications. . . . .	41
10° Observation; (Décès). . . . .	44
11° Observation, CABARET (de Saint-Malo). . . . .	46
CHAPITRE V. Terminaisons. . . . .	49
Déviation des règles. . . . .	49
12° Observation, COURTY. . . . .	50
13° Observation, PUECH. . . . .	55
Rupture de l'obstacle. . . . .	55
14° Observation, PUECH. . . . .	56
Rupture des organes contenant. . . . .	57
15° et 16° Observations. . . . .	58
Dilatation des trompes. . . . .	61
17° Observation, MUNCK. . . . .	65
18° Observation, BARNOTTE. . . . .	66
Consomption. . . . .	67
Ménopause. . . . .	68
CHAPITRE VI. Caractères anatomiques. . . . .	69
Propriétés physiques du liquide. . . . .	69
Analyse chimique. . . . .	75
Examen microscopique. . . . .	76
CHAPITRE VII. ART. I. Diagnostic. . . . .	79
19° Observation, JOB A MEECKREN. . . . .	80
26° Observation, LEES. . . . .	81
ART. II. Pronostic. . . . .	84
CHAPITRE VIII. Traitement. . . . .	86
21° Observation, PUECH. . . . .	87
§ 1. De l'époque de l'opération. . . . .	89
22° Observation, FLETCHER. . . . .	90
§ 2. De l'opération. . . . .	94
Méthode indirecte. . . . .	94
Méthode directe. . . . .	95
Précautions préliminaires. . . . .	96
A. Imperforation de l'hymen. . . . .	97
25° Observation, TEXTOR. . . . .	100



B. Atrésie du vagin. . . . .	101
Procédé d'Amussat. . . . .	103
Procédé de Dupuytren. . . . .	105
24° Observation, DUPUYTREN. . . . .	105
Manuel opératoire. . . . .	106
Accidents immédiats de l'opération. . . . .	107
25° Observation, BARTH. . . . .	108
Lésions de la vessie et du rectum. . . . .	109
Hémorrhagie. . . . .	110
26° et 27° Observations, GUÉRIN. . . . .	111
Accidents consécutifs. . . . .	115
C. Absence du vagin et imperforation du col utérin. . . . .	117
D. Atrésie du col de l'utérus. . . . .	119
Procédés opératoires. . . . .	120
Accidents de l'opération. . . . .	121
28° Observation, JOBERT (de Lamballe). . . . .	121
§ 5. Du pansement. . . . .	125
§ 4. Conséquences ultérieures de l'opération. . . . .	129
29° Observation, DEBROU (d'Orléans). . . . .	132
APPENDICE. . . . .	139
Atrésies hyménéales (Index des). . . . .	140
Atrésies du vagin (Index des). . . . .	146
Atrésies du col de l'utérus (Index des). . . . .	152
Index des ouvrages. . . . .	156

FIN DE LA TABLE



