

GAZETTE DE GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

Atrésies et sténoses de l'hymen et du vagin. — Observations de MM. H. OSIECKI (de Montgeron), J.-R. CHADWICK (de Boston), P. MÉNIÈRE, et GAUDIN (de Marseille).

Imperforation de l'hymen chez une jeune fille de quatorze ans. — Rétention menstruelle. — Opération par le Dr H. OSIECKI (de Montgeron).

A l'une des dernières séances de la Société de Chirurgie, le Dr Ledentu a donné communication verbale, au nom du Dr H. Osiecki, d'une observation d'imperforation de l'hymen.

Ces cas étant relativement rares, nous avons prié le Dr H. Osiecki (de Montgeron) de nous adresser à ce sujet quelques renseignements que nous croyons intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs :

« Je suis appelé à Sainte-Menehould, où j'exerçais alors (1881), par M. B..., maître maçon, pour sa fille, âgée de quatorze ans, non réglée, souffrant de douleurs abdominales intolérables, et qu'un confrère — sans examen préalable, sans doute, — avait qualifiées de vésicales...

« Cette jeune fille présente un superbe développement de poitrine, des seins fermes, pleins. Passant ma main sous la couverture, sentant le ventre gros, voyant l'enfant se tordre, pousser des cris affreux, j'eus l'idée d'un accouchement, et, bizarrerie plus grande encore, le doigt entre les grandes lèvres, sentait quelque chose de rond, assez ferme, qui pouvait faire croire à une présentation du siège au moment de l'expulsion.

« Les couvertures rejetées, je pus rassurer les parents, horriblement inquiets. Je me trouvais en présence d'une tumeur brunâtre, d'une membrane extrêmement résistante, rénitente. Le cathétérisme de la vessie opéré, ayant bien diagnostiqué une imperforation, j'implantai au milieu mon bistouri, je fis une incision de un centimètre et demi et donnai issue à 575 grammes d'un sang rouge brun.

« Le soulagement fut immédiat, les suites très simples : lotions de guimauve,

bains de siège, deux jours au lit. La menstruation s'établit assez bien; mais, un an après, je crus bien faire, dans l'intérêt du futur époux, en pratiquant une ouverture de deux centimètres plus large.

« Aujourd'hui, santé parfaite, belle fille, mariée peut-être. J'ai quitté le pays et n'en ai plus eu de nouvelles. »

Les exemples d'imperforation de l'hymen ne sont certainement pas fréquents, comme nous l'avons dit plus haut; cependant, les gynécologues ont eu, plus d'une fois, l'occasion de l'observer.

L'explication de cette anomalie est difficile à donner, car il règne encore une certaine obscurité au sujet du développement embryogénique du canal vaginal. Est-il formé aux dépens du tissu qui sépare le rectum et la vessie, ou bien par l'abaissement des canaux de Muller vers la vulve?

Pour nous, la question n'est pas douteuse, et nous ne saurions partager l'opinion de Courty, qui limite au col de l'utérus les formations dépendantes des canaux de Muller.

La meilleure raison que nous puissions opposer à l'hypothèse de Courty, c'est que les vagins cloisonnés dans le sens longitudinal sont presque aussi fréquents que les utérus bicornes et doubles, et qu'on en a vu, en outre, de cloisonnés transversalement (1).

Comment alors expliquer le cloisonnement du vagin si l'on n'admet la prolongation embryonnaire des canaux de Muller jusqu'à la vulve. Supposer que la cloison recto-vésicale se dédouble en se cloisonnant, c'est aller chercher bien loin un processus compliqué que ni les recherches anatomiques faites à ce jour ni l'observation ne sauraient justifier.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, nous comprenons parfaitement que, dans certaines circonstances, l'hymen, qui est constitué par l'accolement des culs-de-sac inférieurs des canaux de Muller (muqueuse vaginale) et de la muqueuse vulvaire, c'est-à-dire de deux segments de tissus de formation différente et non simultanée, puisse être imperforé comme tous les orifices placés à la limite de deux champs embryogéniques différents.

Le Dr J. R. Chadwick, de Boston, dont nous avons souvent occasion de citer les travaux, a précisément communiqué à la dernière réunion annuelle de la Société médicale du district de Suffolk (2) sept cas congénitaux de sténose ou d'atrésie du canal génital de la femme, et à l'occasion de ce travail, il exprime cette pensée que les anomalies, qui peuvent porter sur des points bien différents du vagin et se manifester soit par des imperforations, soit par des rétrécissements plus ou moins épais, soit par des persistances de cloisons, sont attribuables au manque de résorption des parois contiguës des deux canaux de Muller ou à leur arrêt de développement.

(1) J. Delaunay, Thèse de Paris, 1877. 28 observations.

(2) *Boston medical and surgical Journal*, 3 juin 1886.

Citons rapidement ces sept cas, dont on trouvera les observations complètes dans le journal américain précédemment cité, et dans une brochure éditée par Cupples, Upham and Co, de Boston.

Cas n° 1. — *Hymen complètement imperforé.*

Mrs. A. D., vingt-quatre ans, mariée depuis sept mois, se présente au Dr Chadwick, le 8 décembre 1879, parce qu'elle est dans l'impossibilité de remplir ses devoirs conjugaux. Régulée à dix-sept ans, l'hymen avait dû être incisé afin de livrer passage au flux menstruel, retenu depuis trois mois. Examinée, on ne trouve aucune trace de cicatrice hyménale. Elle porte une ulcération à la fourchette résultant vraisemblablement des tentatives de coït.

L'hymen est incisé et dilaté; on panse à l'iodoforme, et peu de temps après le coït était facile.

Elle accoucha d'un garçon en 1885.

Cas n° 2. — *Hymen imperforé; rétention du flux menstruel.*

Miss G. B..., âgée de seize ans, se présente à l'hôpital particulier du Dr J. R. Chadwick, le 24 mai 1881, avec un développement considérable de l'abdomen.

Elle souffrait de douleurs dans le ventre depuis deux ans, et particulièrement pendant trois jours chaque mois. Une tumeur fluctuante s'élevait du pubis à l'ombilic, simulant un utérus gravide au cinquième ou sixième mois. La vulve présentait une tumeur bombant entre les lèvres, comme chez la jeune fille du Dr Osiecki, et cette tumeur était constituée par un hymen imperforé, distendu et hypertrophié.

Après anesthésie, le Dr Chadwick fit la ponction avec un gros trocart; puis, après écoulement d'une quantité considérable de liquides, lavage avec la solution de permanganate de potasse.

Aucun accident consécutif; la malade rentrait guérie chez elle, le 13 juin, et s'est parfaitement bien portée depuis. Menstruation régulière.

Le dessin qui accompagne cette observation montre que la cavité vaginale était considérablement augmentée de volume, et que l'utérus, de dimensions normales, était logé dans la région stomacale, bien au-dessus de l'ombilic.

Cas n° 3. — *Sténose vaginale.*

Mrs. S. M. L..., mariée, vingt-deux ans, est réglée depuis l'âge de dix-sept ans; mais elle se plaint de maux de reins, de mauvaises digestions, etc... Le vagin est court, la portion vaginale de l'utérus fait défaut. Une ouverture, qui paraît être l'orifice externe du col et qui a à peu près deux centimètres de diamètre, donne passage à un cathéter qui révèle une rétroversion gauche de l'utérus.

Rentrée à l'hôpital, le Dr Chadwick incise transversalement la cloison, et, pour maintenir les parois écartées, il insinue en ce point une pomme de

terre épluchée et taillée de forme et de dimensions convenables; à ce pansement improvisé, que l'on aurait pu avantageusement remplacer, ce nous semble, par de la gaze iodoformée, succéda peu de jours après un cylindre de verre.

Au bout de quinze jours, la cicatrisation était complète, et l'examen plus facile de la matrice laissa supposer qu'il s'agissait d'un utérus unicorne gauche? La malade a été perdue de vue.

Cas n° 4. — Vagin normal se terminant en cul-de-sac.

Le 6 mars 1883, le Dr Chadwick fut appelé en consultation par le Dr W. H. Wescott, pour une femme de trente-sept ans, qui n'avait jamais été réglée, bien qu'elle éprouvât tous les mois quelques douleurs dans le bassin et des signes de molimen hémorrhagique. Mariée depuis douze ans, elle est parfaitement apte au coït. Les organes génitaux externes sont normaux, le vagin a une longueur et une largeur normales, mais il est terminé en cul-de-sac, et on sent au-delà un corps de forme irrégulière qui est vraisemblablement l'utérus.

La malade voulait être soulagée, mais comme il n'y avait aucun signe de rétention du flux menstruel, que ces douleurs étaient peu vives, et que l'ouverture de la cavité péritonéale était fort à craindre, Chadwick conseilla de s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

Cas n° 5. — Vagin très court; utérus normal; établissement permanent du vagin.

Il s'agit d'une jeune fille réglée depuis l'âge de douze ans, et atteinte, à quatorze ans, d'une entérite qui l'avait retenue sept mois au lit.

En l'examinant avec le Dr W. A. Dunn, Chadwick s'aperçut que le vagin se terminait à deux centimètres en arrière de l'hymen.

Malgré les recommandations faites, elle se mariait à seize ans et trois mois.

Après dix mois de mariage, elle quittait le domicile conjugal par suite des mauvais traitements que lui faisait subir son mari, irrité de ne pouvoir pratiquer le coït avec elle.

Le ventre était énormément augmenté de volume, et tous les jours elle évacuait par le rectum une grande quantité de pus.

L'examen démontra qu'il existait une ouverture très étroite dans le vagin, à travers laquelle une aiguille pouvait passer et pénétrer jusqu'à l'utérus, situé à huit centimètres environ en arrière.

Cet orifice fut graduellement dilaté et déchiré jusqu'à formation d'un canal de deux centimètres et demi environ de diamètre.

Le col était normal et la cavité de l'utérus de dimensions ordinaires : six centimètres et demi. Un cylindre de verre fut placé pour maintenir l'écartement des parois vaginales, et au bout de peu de temps, le mari, satisfait, retirait son instance en divorce et reprenait sa femme.

Malgré le succès de l'opération, la suppuration persistait, on pratiqua des ponctions, des drainages et des lavages antiseptiques ; néanmoins, la femme mourut le 10 mars suivant.

Cas n° 6. — *Absence de vagin et d'utérus et probablement d'ovaires.*

Jeune femme de vingt-deux ans, bien constituée, mariée depuis trois ans et demi et non réglée.

Les organes génitaux externes sont normaux. Cependant, l'orifice sous-urétral, qui paraît être l'orifice vaginal, ne présente ni caroncules myrtiformes ni traces d'hymen ; il se termine en cul-de-sac et n'a pas plus de deux centimètres et demi de profondeur.

Chadwick pense, d'après l'absence bien constatée d'utérus et d'ovaires, qu'il ne s'agissait là que d'un pseudo-vagin creusé dans un hymen ou dans un périnée imperforé, à la suite d'assauts persistants et fréquents du mari qui, chose bizarre, ne se plaignait nullement que les rapports conjugaux fussent irréguliers.

Cas n° 7. — *Absence du vagin et probablement des ovaires ; simple trace d'un utérus.*

En février 1886, Miss F. H..., Américaine de vingt-huit ans, fut examinée par le Dr Perry, de la Jamaïque. Elle n'avait jamais été réglée, et les signes précurseurs de la menstruation avaient toujours fait défaut.

La santé générale était bonne ; les seins petits, les mamelons et les aréoles normaux, sans papilles visibles. Les organes génitaux externes étaient bien développés, les orifices des glandes vulvo-vaginales visibles, le clitoris et son prépuce proéminents. Il n'y avait pas trace d'orifice vaginal ; mais, en revanche, l'urèthre était élargi au point de permettre facilement l'introduction du petit doigt. L'absence du vagin était complète ; la seule trace d'un utérus était un petit noyau gros comme une fève, suspendu par les ligaments ronds et les ligaments larges qui se balançaient au milieu du bassin comme un hamac.

Le Dr Chadwick se prononça contre toute tentative d'établir un vagin.

Observations du Dr P. Ménière.

J'ai vu un nombre relativement assez grand de femmes ou de jeunes filles présentant l'une des anomalies précédentes, mais comme il eût été inopportun d'intervenir chirurgicalement dans la plupart des cas qui sont passés sous mes yeux, les observations ne présenteraient qu'un intérêt fort médiocre.

Je citerai cependant celui d'une femme de vingt-deux ans, mariée à un garde municipal de Paris, qui, n'ayant jamais pu parvenir à pratiquer le coït, cherchait à obtenir la nullité de son mariage. C'était en 1875, et cette malheureuse vint me supplier de faire tout le possible pour la sortir de cette

situation qu'elle comprenait d'autant moins qu'elle était parfaitement réglée, que ses organes génitaux externes ne laissaient aucunement à désirer, et que l'appétit sexuel ne lui faisait pas défaut, — c'est dire qu'elle connaissait et pratiquait la masturbation.

A l'examen, je ne trouve pas trace d'hymen; à un centimètre et demi au-dessous de l'urèthre existe un orifice très étroit qui laisse passer une sonde de 9 millimètres de diamètre. En lui substituant le petit doigt bien graissé, je provoque une violente douleur, et c'est avec la plus grande peine que j'arrive à faire pénétrer la première phalange. Les tissus résistent comme si le vagin était creusé dans un milieu rigide. Cependant la sonde n° 27 pénètre à huit centimètres de profondeur. Le toucher rectal fait reconnaître la présence d'un utérus de forme et de dimensions normales, et l'examen endoscopique du vagin permet de trouver l'orifice du col.

Je cherchai pendant quelques semaines à pratiquer la dilatation progressive à l'aide de mèches belladonnées, puis de cylindres de verre de plus en plus volumineux, mais il fut impossible d'obtenir le plus minime élargissement.

Un jour, après l'avoir chloroformée, j'introduisis un dilateur à trois branches; le résultat immédiat fut négatif.

Je pensai alors à une opération chirurgicale, et la malade paraissait décidée à la subir lorsque je la perdis complètement de vue.

Ce que j'ai vu le plus souvent, ce sont des vagins courts (de 3 à 5 centimètres) terminés en culs-de-sac, avec absence d'utérus et d'ovaires.

Dernièrement, il s'est présenté chez moi une jeune femme de Bombay, mariée depuis six ans, et qui venait me consulter au sujet de sa stérilité. Bien conformée, assez bien portante, accomplissant ses devoirs conjugaux à la satisfaction de son mari, elle n'avait jamais été réglée, et voulait savoir ce qu'il y avait à faire.

Me trouvant en présence d'un cul-de-sac ou pseudo-vagin, ne pouvant arriver à découvrir par le rectum nulle trace d'utérus ni d'ovaires, je ne pus naturellement lui indiquer aucune solution.

Ces cas-là sont très fréquents pour moi.

Ce qui l'est moins, mais plus curable, heureusement, c'est le cas suivant, qui a été adressé à ma clinique, le 5 octobre dernier, par mon distingué confrère, le Dr Courgey (d'Ivry). Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, mariée depuis six ans, bien réglée, mais stérile, et dont le mari s'est aperçu qu'il y avait quelque chose d'irrégulier dans la conformation de son vagin. Les organes génitaux externes sont parfaitement normaux, mais le toucher révèle, à quatre centimètres et demi de profondeur, un rétrécissement qui se continue par un canal très étroit de trois centimètres environ, au fond duquel on trouve le col et des culs-de-sac.

Il s'agit donc d'une sténose partielle du canal vaginal, pour laquelle je

conseille une opération que cette femme viendra subir à la clinique de la rue du Pont-de-Lodi, le mois prochain.

Je me borne à ces indications sommaires et présenterai l'observation détaillée quand la malade aura été opérée et guérie de sa stérilité, — du moins j'en ai la conviction.

Je tiens à citer, pour terminer, une observation récente que M. Gaudin, interne des hôpitaux de Marseille, a lue le 18 juin dernier à la séance du Comité médical des Bouches-du-Rhône (1).

Cloisonnement transversal du vagin; rétention des règles; mort par péritonite, par suite de perforation tubaire.

La jeune Simonne, Italienne, âgée de vingt ans, entre le 3 juin dans le service de M. d'Astros. Elle souffre chaque mois, depuis un an, dans le ventre, les reins, les flancs, mais sans avoir jamais vu apparaître les règles.

Déflorée il y a six mois environ. A l'examen, on constate que le vagin se termine en cul-de-sac à cinq centimètres environ de la vulve, et qu'il existe une tumeur fluctuante peu douloureuse derrière la paroi postérieure du vagin. Le toucher rectal permet de sentir la même tumeur qui fait fortement saillie vers l'anus.

On pratique une ponction exploratrice à travers la muqueuse du rectum, et il ne sort qu'un peu de sang noir non coagulé.

Deux jours après, péritonite, et le 9 juin, mort.

L'autopsie, faite avec soin, a démontré qu'il existait une cloison fibreuse qui empêchait l'écoulement des règles au dehors; que l'utérus était normal, mais que le sang, ne pouvant s'écouler par les voies naturelles, avait dilaté les trompes et la région utérine de la cavité vaginale, et s'était insinué dans une seconde cavité située entre la paroi postérieure du vagin et la paroi antérieure du rectum.

A propos de cette observation, M. Gaudin croit pouvoir conclure que le vagin se développe en deux et peut-être trois parties distinctes; telle n'est point notre opinion, nous avons dit plus haut pourquoi.

Mais ce qui n'est pas moins intéressant à constater, c'est que le sang ne s'est pas épanché dans la cavité péritonéale, bien que le pavillon de la trompe de Fallope soit libre dans cette cavité. Ce fait prouve une fois de plus qu'il y a bien des raisons mécaniques et physiologiques pour que les liquides injectés dans la cavité utérine trouvent un obstacle presque invincible à leur passage de la matrice dans le péritoine même sous une forte pression.

On pourrait, en dernier lieu, se demander pourquoi, dans le cas qui précède, on s'est abstenu d'intervenir chirurgicalement. M. Gaudin a répondu

(1) *Marseille médical* (30 juillet 1886), p. 432.

à cela que cette jeune fille présentait déjà, à son arrivée, des signes non douteux de péritonite généralisée. Malgré cette raison, *en apparence* excellente, nous n'hésiterions pas, en pareil cas, à ponctionner, à drainer et à faire de fréquents lavages antiseptiques.

Dr P. MÉNIÈRE.