

la continuité du tube digestif par la section de l'éperon, de manière à transformer l'anus vaginal en fistule stercorale-vaginale. puis à oblitérer cette dernière par l'avivement et la suture.

Pour la section de l'éperon, ces auteurs se sont servis de l'entérotome de Dupuytren. Verneuil recommande de simples pinces longues à arrêt; afin de rendre la constriction plus douce et la mortification moins rapide, je conseille de chauffer les mors avec un tube de caoutchouc et de serrer progressivement les crans de l'encliquetage des branches.

Laparotomie et entérorrhaphie.

Dans les cas où l'on n'obtiendrait aucun résultat par cette méthode, on serait autorisé, je crois, à faire la laparotomie, à détacher les deux bouts adhérents au cul-de-sac vaginal, à suturer celui-ci, puis à aviver et à suturer l'un à l'autre les bouts de l'intestin. Cette opération serait la seule rationnelle pour une fistule entéro-utérine. Si le bout inférieur était oblitéré ou notablement rétréci, on aboucherait le bout supérieur à la partie la plus voisine du gros intestin. Les progrès de la chirurgie abdominale légitiment parfaitement aujourd'hui une pareille intervention, dont l'initiative, autrefois un peu téméraire, revient à Roux¹.

Abouchement du bout supérieur au rectum.

Un procédé qui est, assurément, tout aussi dangereux, est celui de l'abouchement au rectum du bout supérieur, préalablement détaché et inséré dans une boutonnière de la cloison recto-vaginale, selon l'idée émise par Jobert.

Le colpocleisis, ou oblitération du vagin au-dessous de la fistule, précédé d'une large communication entre le rectum et le vagin, a été inspiré à Simon par son opération similaire pour la cure indirecte de la fistule vésico-vaginale. On ne devrait s'y résoudre, qu'après avoir préalablement oblitéré l'utérus par un hystéro-stomato-cleisis.

Création d'une voie de dérivation des matières vers le rectum.

Le procédé de Casamayor² est préférable : il consiste dans la création d'une voie de dérivation des matières vers le rectum, en aval de la fistule vaginale. Pour arriver à ce but, Casamayor introduisit dans l'intestin, par la fistule, l'une des branches de pinces longues et courbées dans le sens du sacrum; il fit passer l'autre branche par le rectum. Elles furent alors articulées et, après s'être assuré qu'elles ne comprenaient entre elles que les parties à diviser, il les serra.

¹ Roux (cité par L.-H. PETIT, *loc. cit.*, obs. XI) pratiqua la laparotomie, fit la résection de l'intestin détaché du cul-de-sac vaginal et se proposa de suturer le bout supérieur à la portion descendante du colon, en oblitérant le bout inférieur du petit intestin. Mais, par suite d'une mauvaise technique opératoire, il prit le bout supérieur du colon pour l'inférieur et aboucha l'une à l'autre les deux extrémités stomacales du tube digestif, ainsi qu'on le vérifia à l'autopsie.

² CASAMAYOR. *Loc. cit.*, p. 170.

Une eschare fut ainsi obtenue et, après sa chute, les matières purent directement passer dans le rectum; mais elles continuèrent aussi à passer par le vagin, et la malade succomba un mois après.

Verneuil¹ a proposé de modifier ainsi la technique de Casamayor : 1° à l'aide d'un trocart courbe, perforer la cloison recto-vaginale à 1 centimètre au-dessous de la fistule, puis passer un tube de caoutchouc; 2° perforer de la même manière la cloison iléo-rectale à 3 centimètres environ au-dessus de la première ponction, et passer un second tube de caoutchouc; 3° réunir solidement les deux chefs rectaux; on a ainsi une anse dont les deux chefs sortent par le vagin, l'un par l'anus anormal, l'autre au-dessous, et dont la partie moyenne répond à la cloison qu'il s'agit de diviser. Il ne reste qu'à serrer ces fils qui, par leur élasticité, opéreront la section.

Verneuil n'a pas eu l'occasion de mettre en pratique cet ingénieux procédé. On ne peut donc savoir si la dérivation ainsi établie vers le rectum suffirait à provoquer l'oblitération de la perforation vaginale.

CHAPITRE IV

DU VAGINISME

Définition. Division. — Aperçu historique. — Étiologie. Pathogénie. — Anatomie pathologique. — Symptômes. Hyperesthésie avec contracture. Hyperesthésie sans contracture. — Diagnostic. Vaginisme supérieur. — Traitement. Antispasmodiques. Excision de l'hymen. Dilatation. Section du nerf honteux interne et du sphincter vaginal. Electricité.

Définition. Division. — Le vaginisme, ou *vaginodynîe* (Simpson), *spasmus vaginæ* (Kiwisch), consiste dans une hyperesthésie anormale des organes génitaux externes pouvant aller jusqu'à la contracture spasmodique du constricteur du vagin, et même des autres muscles du plancher pelvien. Il existe trois classes distinctes de cette maladie, ou, pour mieux dire, trois types particuliers :

Définition. Division.

¹ Voir L.-H. PETIT. *Loc. cit.*

1° L'hyperesthésie avec contracture; 2° l'hyperesthésie sans contracture; 3° la contracture sans hyperesthésie.

Le premier de ces types est de beaucoup le plus fréquent, et le dernier le plus rare.

On a voulu établir une division basée sur le siège de la contracture, et l'on a distingué un vaginisme inférieur, dépendant du constricteur du vagin, et un vaginisme supérieur, provenant de la crampe des faisceaux les plus inférieurs et les plus internes du releveur de l'anus (Hildebrandt)¹. Je ne crois pas que cette distinction mérite d'être conservée en clinique, car la contracture de la partie profonde du canal vaginal est une variété tout à fait exceptionnelle. Quant au vaginisme essentiel ou idiopathique, il n'existe probablement pas; le point de départ du réflexe peut seulement rester ignoré.

Aperçu historique.

Aperçu historique. — C'est Marion Sims² qui a tracé le tableau clinique le plus complet du vaginisme et lui a donné le nom qu'il a depuis conservé. Toutefois, il serait injuste de lui attribuer une priorité entière, et H. Leroux³ a fort bien mis en relief la part qui revient à ses prédécesseurs. Dès 1854, Huguier⁴ consacrait plusieurs pages à l'étude de la constriction spasmodique du sphincter du vagin et établissait une analogie entre cette affection et la contraction spasmodique de l'anus. Quelques notions assez précises sur ce point se trouvent encore éparpillées dans divers auteurs: Dupuytren⁵, Lisfranc⁶, Hervez de Chégoin⁷, Kiwisch⁸, Simpson⁹ et Scanzoni¹⁰. Tous avaient bien indiqué l'hyperesthésie vulvaire et la contracture spasmodique du sphincter vaginal, mais ils ne leur avaient attribué aucune valeur nosologique précise.

Depuis la description de Sims, les travaux se sont succédé et ont porté à la fois sur l'étiologie et sur la thérapeutique de cette affection. Parmi eux, je mentionnerai, en particulier, ceux de Debout et

¹ HILDEBRANDT. *Ueber Krampf des Levator Ani beim Coitus* (Arch. f. Gyn., 1872, Bd. III, p. 221). — REVILLIOUT. *Le vaginisme supérieur et le vaginisme proprement dit* (Gaz. des hôp., août 1874, p. 793, et *Ibid.*, 1881, p. 625). — P. BUDIN. *Le releveur de l'anus chez la femme* (Progrès méd., 1881, p. 615).

² MARION SIMS. *Obstet. Transact.*, Londres, 1862, t. II, p. 556.

³ H. LEROUX. Art. VAGINISME, in *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1887, p. 288.

⁴ HUGUIER. *Constriction spasmodique du sphincter du vagin*. Thèse de Paris, 1854.

⁵ DUPUYTREN. Art. FISSURE À L'ANUS, in *Clinique chirurg.*, 2^e édit., 1859.

⁶ LISFRANC. *De l'excès de sensibilité des organes génitaux de la femme*, in *Clin. chir. de la Pitié*, 1842, t. II, p. 265.

⁷ HERVEZ DE CHEGOIN. *De la fissure à l'anus* (Union méd., 8 mai 1847, p. 227).

⁸ KIWISCH. *Klin. Vorträge*, 1849, t. II, p. 472.

⁹ J.-Y. SIMPSON. *Med. Times*, 2 avril 1859, p. 555. — *Edinb. med. Journ.*, déc. 1861, t. VII, p. 594. — *Diseases of women*, 1872, p. 284.

¹⁰ SCANZONI. *Wien. med. Woch.*, 1867, n° 15, p. 225, et *Ibid.*, n° 18, p. 275.

Michon¹, Putegnat², Charrier³, Visca⁴, Lutaud⁵, Trélat⁶, Scanzoni⁷, Gallard⁸, Daude⁹, Budin¹⁰, Verneuil¹¹, Leroux¹², etc.

Étiologie. Pathogénie. — Deux conditions sont nécessaires pour l'apparition du vaginisme: 1° une grande excitabilité nerveuse de la femme; 2° une irritation des organes génitaux externes donnant lieu, et servant, si l'on peut ainsi dire, de prétexte à des réflexes exagérés du côté des nerfs sensitifs ou moteurs, produisant l'hyperesthésie ou la contracture. La plupart des femmes atteintes de vaginisme sont donc jeunes, nerveuses, parfois hystériques; toutefois l'hystérie n'est pas une condition absolue du vaginisme qui peut exister en dehors d'elle¹³.

L'irritation des organes génitaux a, le plus souvent, son point de départ, au début de la vie conjugale, dans les tentatives de défloration.

Schröder a signalé l'importance de la situation particulière de la vulve chez certaines femmes, où elle est placée très en avant et déborde la symphyse, de telle façon que l'orifice urétral et la fosse naviculaire se présentent tout d'abord au pénis, et sont comprimés contre la symphyse, dans les premières tentatives de coït. Dans certains cas, l'urètre est refoulé, dilaté, et c'est même dans son orifice élargi que se fait une sorte de copulation. Des excoriations en résultent, et l'hyperesthésie devient tellement vive que le plus léger contact est affreusement douloureux.

Chez d'autres femmes, l'hymen offre à l'état normal une dureté particulière; chez d'autres, son orifice est assez large pour que le pénis puisse s'y introduire sans le déchirer. Dans l'un et l'autre cas, qu'il s'agisse du refoulement ou de la dilatation de la membrane, elle s'enflamme, s'épaissit et devient très sensible. Non moins qu'une impétuosité maladroite, le manque de rigidité de l'organe mâle peut

¹ DEBOUT et MICHON. *Bull. de thérap.*, 1861, t. LXI, p. 410, 454 et 500.

² PUTEGNAT. *Sur une affection assez rare et peu connue du vagin*. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1861, t. XXXIII, p. 465).

³ E. CHARRIER. *De la contracture spasmodique du sphincter vaginal*. Thèse de Paris, 1862.

⁴ VISCA. *Du vaginisme*. Thèse de Paris, 1870.

⁵ A.-J. LUTAUD. *Du vaginisme*. Thèse de Paris, 1874.

⁶ TRÉLAT. *Assoc. franc. pour l'avancement des sciences*, Nantes, 1875, p. 982.

⁷ SCANZONI. *Lehrb. der Krankh. der weibl. Sexualorgane*, 1875, p. 704.

⁸ GALLARD. *Leçons clin. sur les maladies des femmes*, Paris, 1879, p. 591.

⁹ L. DAUDE. *De la contracture spasmodique du constricteur vulvaire*. Thèse de Paris, 1880.

¹⁰ BUDIN. *Loc. cit.*, 1881, p. 615.

¹¹ VERNEUIL. *Gaz. méd. de Paris*, juill. 1884, p. 515.

¹² LEROUX. *Loc. cit.*

¹³ STOLTZ. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1871-1872, n° 16, p. 185, n° 17, p. 197, et n° 20, p. 255. — SCANZONI. *Loc. cit.* — DECRAUD. *Hystérie grave compliquée de vaginisme, guérie par l'or, intus et extra* (*Gaz. méd. de Paris*, 1878, p. 516).

Étiologie. Pathogénie.

être une cause de vaginisme, parce qu'il ne permet pas la déchirure de l'hymen.

Le vaginisme s'observe aussi chez des femmes complètement déflorées dont les *caroncules myrtiformes* ont été enflammées par une irritation quelconque, ou dont la vulve présente des fissures.

Les petites *tumeurs polypoides de l'urèthre*, les hernies de la muqueuse uréthrale, irritée par le coït, produisent les mêmes effets. La fissure à l'anus provoquerait aussi parfois une sphinctéralgie vaginale, par l'effet d'une sorte d'irradiation de la douleur et de la contracture. Enfin, on a prétendu que des *affections de l'utérus* et, en particulier, des ulcérations du col pouvaient avoir le même résultat¹. On a même cité des cas de vaginisme supérieur provoqué par des affections de l'utérus ou des ovaires². Je crois qu'il y a là un véritable abus de langage, et qu'on a souvent attribué, à tort, le nom de vaginisme à de simples phénomènes douloureux sans véritable hyperesthésie vulvaire, et aux *mouvements de défense* qui en sont le résultat.

Tous les faits précédents sont relatifs au vaginisme du type le plus fréquent, où l'hyperesthésie s'accompagne de contracture. Dans des cas beaucoup plus rares, cette dernière fait défaut : cela s'observe, en particulier, chez des *jeunes filles vierges*, n'ayant subi aucune tentative de coït, mais n'étant pas à l'abri de tout soupçon d'onanisme. Gosselin³ a signalé des faits où l'hymen offre alors une sensibilité exagérée.

Martin⁴ père attribue une grande importance à l'infection blennorrhagique transmise aux jeunes femmes dans les premiers rapprochements.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Les lésions sont tout à fait disproportionnées avec les symptômes, comme dans toutes les affections où le système nerveux joue le plus grand rôle. On peut rapprocher, à ce point de vue, le vaginisme de la fissure à l'anus et cette comparaison a été faite par les premiers observateurs. On trouve, le plus souvent, des signes d'inflammation de l'orifice de la vulve, de l'hymen ou de ses débris; des fissures, des rhagades de l'orifice vulvaire ou anal, des polypes ou tumeurs vasculaires de l'urèthre. Parfois, on ne découvre rien. La dilatation de l'urèthre qu'on rencontre est le résultat de tentatives de coït hétérotopique.

Symptômes.
Hyperesthésie avec contracture.

Symptômes. — Dans le type ordinaire du vaginisme, il y a hyperes-

¹ TRÉLAT. *Loc. cit.*

² HILDEBRANDT. *Loc. cit.*

³ GOSSELIN. *Hyperesthésie vulvaire*. (*Clin. de la Charité*, Paris, 1875, t. II, p. 467.)

⁴ E. MARTIN. *Ueber den sogenannten Vaginismus* (*Berl. klin. Woch.*, 1871, n° 14, p. 166). — R. FEHRER. *Zu den Neurosen der Scheide* (*Ibid.* n° 15, p. 177).

thésie avec contracture. Le début des symptômes remonte, le plus souvent, au moment de la défloration, qui a été faite d'une façon brutale ou, au contraire, hésitante et maladroite. Mais on connaît de nombreux exemples où l'apparition des symptômes s'est faite tardivement, chez des femmes depuis longtemps mariées. La douleur est l'élément primordial, et a valu à l'affection le nom de *névralgie*, de *névrose de la vulve*, d'*hyperesthésie vulvaire*. On l'observe parfois exactement limitée à des points déterminés, à des zones relativement restreintes, situées à la face interne des petites lèvres, à la fourchette, à certaines *caroncules myrtiformes*, au voisinage du méat urinaire. Chez d'autres malades, la sensibilité est répartie à tout l'orifice vulvaire.

Il n'est pas douteux qu'il existe un type clinique d'**hyperesthésie sans contracture**, mais il ne constitue pas le type le plus fréquent, et Gosselin a beaucoup exagéré en niant le spasme du constricteur de la vulve, comme il a nié le spasme du sphincter anal dans la fissure à l'anus. La sensibilité exquise de l'orifice vaginal peut être poussée au point que le simple attouchement avec les barbes d'une plume soit insupportable. Le plus souvent on parvient pourtant à introduire le petit doigt, et alors on peut apprécier, quand elle existe, ce qui n'est pas constant, la contracture spasmodique provoquée par la douleur. Ce spasme peut gagner les muscles voisins : le sphincter anal, en particulier, peut offrir une dureté excessive qui a, dans un cas, été prise par la malade pour une tumeur (Sims). Verneuil¹ admet que le siège de la contracture se trouve le plus souvent, moins dans les rares fibres du constricteur vaginal, à son avis, insuffisantes, que dans le muscle transverse du périnée et dans le périnée musculaire tout entier. Les crampes peuvent s'étendre au canal de l'urèthre². Une sensation pénible, une pesanteur au périnée rendent la marche difficile.

Hyperesthésie sans contracture.

C'est à l'entrée du vagin ou un peu au-dessus que siège la **contraction tétanique**. Mais le releveur de l'anus peut aussi entrer en jeu, et alors les crampes se propagent profondément.

Le coït est impossible et la **stérilité** est, par suite, la règle. Toutefois on a vu la fécondation se produire, le sperme versé sur la vulve pénétrant dans le vagin par capillarité. Le vaginisme peut cesser pendant la grossesse et reparaitre, après l'accouchement. Benicke³ a rapporté une observation où celui-ci fut entravé par les phénomènes de contracture. Toutefois, il est fréquent que la parturition fasse définitivement disparaître les phénomènes morbides.

¹ VERNEUIL, cité par VESCA, *Loc. cit.*

² DOLBEAU. *Gaz. des hôp.*, 1868, p. 265.

³ BENICKE. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1878, Bd. II, p. 262.

Des douleurs névralgiques diverses siégeant aux autres points du corps s'observent assez souvent.

L'état général est bientôt altéré par la persistance des douleurs et la préoccupation morale de nature spéciale qui fait tomber les malades dans l'hypochondrie¹.

Diagnostic.

Diagnostic. — On ne confondra pas avec le vaginisme la dyspareunie (Barnes) ou simple douleur durant le coït, qui est un phénomène commun à la plupart des maladies des organes génitaux.

L'imperforation de l'hymen, l'atrésie du vagin seront immédiatement reconnues à l'inspection; elles coïncident, du reste, avec l'absence ou la rétention des règles.

Vaginisme supérieur.

Simpson et Hildebrandt ont décrit la contraction du releveur de l'anus, que peuvent volontairement accomplir un petit nombre de femmes, sous le nom de phénomène du *penis captivus*. Il n'y a là qu'une curiosité physiologique absolument distincte du vaginisme du type ordinaire; dans les cas rares où cette contraction affecte un caractère pathologique, on lui donne le nom de *vaginisme supérieur*². C'est, le plus souvent, une contracture sans hyperesthésie. On l'accuse, sans preuves, de s'opposer à la fécondation.

Traitement.

Traitement. — Diminuer l'hyperesthésie morbide, traiter les lésions qui peuvent la mettre en jeu, tel est le plan que doit suivre le traitement. Le premier soin du médecin sera d'éloigner toute cause d'excitation sexuelle.

Antispasmodiques.

Une médication antispasmodique sera instituée : l'hydrothérapie et le bromure de potassium surtout rendront de grands services. On y joindra les applications locales de cocaïne, les suppositoires opiacés et belladonnés, etc. Mais l'indication capitale est de faire disparaître la cause locale qui est le point de départ des réflexes. On s'attachera à guérir la vulvite : on emploiera, pour cela, les bains de siège, les lotions fréquentes à l'eau blanche, à la solution boriquée, les onctions avec la vaseline boriquée ou iodoformée, les badigeonnages légèrement caustiques sur les fissures, avec la solution de nitrate d'argent à 4 pour 20, la poudre d'iodoforme, etc.

On s'attaquera ensuite aux lésions voisines, qui entretiennent l'état d'irritation : s'il existe une fissure anale, on fera la dilatation du sphincter; s'il y a un polype de l'urèthre, on l'excisera, etc.

Excision de l'hymen. Dilatation.

L'hymen enflammé, épaissi, incomplètement déchiré, ou même réduit à des débris, est très souvent l'origine des douleurs, bien qu'il ne joue pas le rôle exclusif que Sims lui avait attribué dans ses pre-

¹ ARNDT. *Berl. klin. Woch.*, 1870, n° 28, p. 514.

² SIMPSON. *Edinb. med. Journ.*, déc. 1861, t. VII, p. 594. — HILDEBRANDT, *Loc. cit.*, p. 221. — REVILLOUT. *Loc. cit.*, p. 793. — BUDIN. *Remarques sur la contracture physiologique et pathologique du releveur de l'anus, chez la femme* (*Loc. cit.*, p. 615).

mières publications. L'excision de l'hymen ou des caroncules myrtiformes suffira souvent pour faire cesser les douleurs. On fera facilement cette petite opération avec des ciseaux courbes, en ayant simplement recours à l'anesthésie cocaïnique. Un surjet opérera la réunion immédiate de la plaie. Au bout de quelques jours, on commencera la dilatation progressive. La femme, prenant un bain de siège, s'introduit dans le vagin une série de spéculums à bords, de calibre croissant, enduits de vaseline. Si les tentatives de coït restent ensuite douloureuses, on aura recours à la dilatation forcée, sous le sommeil anesthésique. On procédera alors pour le sphincter vaginal, comme pour le sphincter anal dans les cas de fissure à l'anus : le médius et l'annulaire de chaque main seront introduits dans la vulve, et, pressant alternativement sur les divers points de l'orifice, l'amèneront à la plus grande distension qui pourra être obtenue, sans éraillure de la peau.

On est, aujourd'hui, beaucoup plus sobre d'intervention sanglante, dans le vaginisme, qu'on ne l'était autrefois. Personne ne songe plus à pratiquer la section du nerf honteux interne qu'a proposée et effectuée Simpson. Bien peu de chirurgiens pratiquent encore la section du sphincter vaginal ou opération de Sims. Voici en quoi elle consiste :

Section du nerf honteux interne et du sphincter vaginal.

La malade étant chloroformée, on introduit deux doigts de la main gauche dans le vagin. On fait au bistouri successivement une incision de chaque côté de la fourchette, ayant 5 centimètres de long et s'étendant à 1 centimètre 1/2 du raphé périnéal. Dans leur ensemble, les deux incisions réunies ont la forme d'un Y; le tiers inférieur de l'incision intéresse le périnée. Sims dilatait ensuite fortement l'orifice, en le tamponnant avec de la ouate, qu'on enlevait le jour suivant pour la remplacer par un dilateur en verre. Celui-ci était laissé en place deux heures la nuit et deux heures le jour, durant plusieurs semaines.

Je mentionnerai, enfin, l'emploi de l'électricité qui paraît avoir donné deux succès remarquables à Lomer¹.

Électricité.

Les malades étant généralement très anémiées, on ne négligera pas de les soumettre à un régime tonique. Enfin, on fera grande attention à l'état mental de certaines femmes, spécialement de celles qui sont prédisposées à la folie, par l'hérédité. Les distractions, le changement de milieu, les voyages seront prescrits, si possible.

¹ LOMER. *Zwei Fälle von Vaginismus geheilt durch den galvanischen Strom.* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 50, p. 869).