

Au début, quand l'inflammation est aiguë, on prescrira seulement des moyens adoucissants, tels que fomentations et cataplasmes sur la vulve, injections vaginales de lait et d'eau, et au besoin quelques sangsues. Une mèche de linge huilé sera introduite dans le vagin, de manière à empêcher l'adhérence des bords. Quand l'inflammation a cessé, que les douleurs ont disparu, on remplace la compresse par un tampon, de manière à conserver au vagin son diamètre normal : ou bien on introduit deux fois par jour, en la laissant en place un certain temps, soit une bougie, soit une éponge préparée. On devra de temps en temps examiner les parties pour s'assurer s'il y a quelque tendance à de la contraction, et l'on continuera ces précautions jusqu'à ce que l'on soit bien certain que le canal est guéri et qu'il a repris sa forme et ses dimensions.

CHAPITRE II

VAGINISME

Marion Sims, de New-York (1), a décrit un état particulier du vagin, qu'il considère comme le résultat d'une contraction spasmodique, par suite d'une sensibilité exagérée de cet orifice. La meilleure description de cette maladie est encore la première observation publiée par Marion Sims.

OBSERVATION. — Au mois de mai 1857, je fus appelé, dit Marion Sims, auprès d'une dame âgée de quarante-cinq ans, qui s'était mariée à vingt ans, et depuis lors avait toujours été malade. La menstruation, qui avait toujours été douloureuse chez cette dame, venait tout récemment de finir. Elle accusait une grande irritation de la vessie, une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et plusieurs autres symptômes d'affections utérines ; mais le fait le plus remarquable de son histoire est qu'elle était encore vierge, bien qu'elle fût mariée depuis vingt-cinq ans. Deux ou trois ans après son mariage, son médecin avait découvert au méat urinaire un petit tubercule sanguin qu'il enleva, mais sans avantage pour la malade. Il essaya alors de dilater le vagin avec des bougies graduellement plus volumineuses, ce qui amena des douleurs intolérables, sans le moindre profit. J'essayai d'examiner le vagin, mais je ne pus y réussir : le plus léger attouchement à l'orifice du vagin produisait des douleurs intolérables ; tout le système nerveux fut violemment ébranlé, il y eut une agitation dans tous les muscles, elle tremblait comme dans le premier stade d'une fièvre intermittente. Elle poussait des cris, pleurait et présentait l'aspect le plus pitoyable de la terreur poussée jusqu'à l'agonie. Malgré toutes ces preuves évidemment involontaires de souffrance physique, elle avait encore l'énergie morale de se maintenir sur le lit, et me suppliait de ne pas suspendre mon examen s'il restait la moindre chance de découvrir quoi que ce soit au sujet de son inexplicable situation. Après avoir appuyé de

(1) Marion Sims, *Transact of Obstetrical Society of London*, 1861-1862, vol. VIII, p. 356 et *Notes cliniques sur la Chirurgie utérine*. Paris, 1866.

toutes mes forces pendant plusieurs minutes, je réussis à introduire le second doigt dans le vagin jusqu'à la seconde phalange, mais pas plus loin. La résistance était si grande et le rétrécissement du vagin tellement étroit, que le doigt était engourdi et que l'on ne découvrait qu'un spasme du sphincter du vagin. Il fut décidé que l'on éthériserait la malade, et à ma grande surprise, dès qu'elle fut sous l'influence de l'éther, je trouvai l'orifice du vagin complètement relâché, le vagin lui-même à l'état normal et sans la moindre lésion. Il est fort remarquable que le spasme se soit produit avec la même intensité pour un examen avec le doigt qu'au moment des rapports sexuels. Cela tenait-il au mode d'examen, à la position de la malade sur le dos ? Quand elle était placée sur le côté gauche, je n'ai jamais trouvé de difficulté à introduire mon doigt, bien que l'introduction du pénis ait été impossible.

Montgomery nous a parlé d'une dame qui le consulta, parce que, disait-elle, elle était mal conformée ; son mari ne pouvait avoir de rapports avec elle. La surprise de cette dame fut extrême quand Montgomery lui montra qu'il pouvait cependant faire passer une bougie volumineuse.

Depuis la publication du mémoire de Marion Sims, des cas semblables ont été publiés par Debout et Michon (1). Ils pensent que les causes les plus fréquentes de ce spasme sont : l'inflammation de la membrane muqueuse, l'herpès ou l'eczéma de la vulve, l'inflammation des follicules muqueux, mais surtout l'hyperesthésie de la membrane muqueuse vulvaire et les fissures à l'entrée du vagin. Ils signalent aussi une disposition anatomique spéciale du périnée que nous avons rencontrée depuis : le bord antérieur du périnée déborde en avant d'une manière inaccoutumée et oblitère en apparence l'orifice. Pour introduire le doigt, il faut faire coucher la malade sur le côté gauche et écarter la saillie du périnée d'avant en arrière pour se faire de la place. Dans le cas de Michon et Debout, l'irritation produite par le contact était si grande, que le coït était incomplet ou impossible.

Cette affection est assurément connue de tous les médecins qui ont un peu de pratique obstétricale, et c'est uniquement à cause de la difficulté que l'on éprouve à en parler que les auteurs l'ont à peine signalée. Il s'en est présenté à nous un si grand nombre d'exemples, et nous avons si constamment vu qu'elle était la source de la mauvaise santé et du malheur dans les familles, que nous devons en faire connaître avec soin tous les détails.

Nous savons que des rapports sexuels incomplets sont très fréquents, mais nous pouvons ajouter qu'ils sont relativement très rares dans la classe inférieure. Il peut se faire qu'il y ait compensation entre le développement des facultés de l'esprit et le parfait accomplissement des fonctions physiques. Nous n'avons jamais vu un cas de rétrécissement

(1) Debout et Michon, *De la contracture spasmodique du sphincter vaginal et de son traitement* (*Bulletin de Thérapeutique*, année 1861, vol. LXI, n. 3, 4 et 7).

aussi prononcé que celui de Marion Sims, sauf une fois ou deux où l'hymen était d'une résistance inaccoutumée; mais nous avons vu souvent des femmes dans le vagin desquelles, même après plusieurs années de mariage, on ne pouvait pas pénétrer complètement.

§ I. — Causes.

En recherchant avec soin la cause de cette disposition, on trouve, au début du mariage, de la faiblesse de la part du mari; ou bien une rigidité inaccoutumée, un peu de rétrécissement de la part de la femme, ou peut-être, les deux causes existant, l'acte du mariage est incomplètement accompli. De plus, par suite des efforts, il se produit de l'irritation et un peu d'ulcération de la vulve, ce qui augmente encore l'obstacle et rend les tentatives nouvelles encore plus infructueuses. Si, après un espace de temps raisonnable, on arrive cependant à un accomplissement parfait des actes conjugaux, l'inflammation se guérit et tout va bien. Dans le cas contraire, l'inflammation de la vulve et de l'orifice du vagin s'établit de plus en plus, et s'entretient ou même s'augmente par les tentatives nouvelles que l'on fait inutilement. Chaque nouvel effort est un échec qui aggrave le mal: sous l'influence de la douleur, le spasme devient plus prononcé.

Cette inflammation, dont le point de départ a été la vulve, ne s'arrête pas là et gagne tout le vagin. Ainsi se produisent des vaginites quelquefois intenses. Nous en avons vu plusieurs exemples, et cela dans des cas où positivement il n'y avait jamais eu de rapports sexuels.

L'opinion qui consiste à regarder le vaginisme comme une contraction réflexe du canal vaginal, est celle qui est aujourd'hui généralement admise.

« Le vaginisme, dit le docteur Visca (1), est un état particulier des organes sexuels de la femme caractérisé surtout par la contraction involontaire et douloureuse du spincter vaginal, de tout le vagin souvent et parfois de plusieurs plans musculaires du périnée et de l'excavation pelvienne.

« Le spasme vaginal est toujours un état secondaire symptomatique de lésions diverses de l'appareil génital de la femme, son expression pathogénique se réduit à une action réflexe; le vaginisme essentiel ne saurait être admis. »

Comme on le voit par l'énoncé qui précède, cette contracture, qui constitue le spasme, est de nature réflexe; voici comment nous devons nous rendre compte de ce phénomène:

Quand il existe une lésion quelconque de la vulve ou du vagin, les nerfs sensitifs sans cesse excités transmettent vers les cellules posté-

(1) Visca, *Du vaginisme*. Thèse, 1870.

rieures de la moelle auxquelles elles aboutissent, une excitation qui se réfléchit vers les cellules antérieures ou motrices. De ces dernières naissent les nerfs moteurs qui déterminent alors dans les fibres musculaires auxquelles ils se distribuent une contraction involontaire et permanente, l'excitation durant elle-même sans interruption.

Le spasme du vagin est très souvent la conséquence des premières tentatives du rapprochement sexuel.

« La défloration, dit M. Gallard (1), qui consiste dans la rupture de la membrane hymen, est une opération toujours douloureuse pour la jeune fille qui s'y soumet, mais la douleur qu'elle provoque est compensée par la sensation voluptueuse qui lui succède bientôt. Supposons que cette compensation fasse défaut, que la sensation voluptueuse ne survienne pas, il ne restera que l'impression de la douleur, dont le souvenir se retrouvera lorsque l'acte devra être répété et sollicitera une appréhension d'autant plus vive que la première opération aura été plus douloureuse.

« Continuons nos suppositions et admettons pour un instant que la première tentative n'ait pas été suivie d'un succès parfait; que la membrane hymen, au lieu d'avoir été entièrement déchirée, ait été seulement éraillée et que l'intromission n'ait pas été complète, qu'arrivera-t-il alors? Aux tentatives suivantes la douleur sera plus vive, la petite éraillure faite à la membrane aura déterminé de l'inflammation avec rougeur, gonflement et sensibilité plus grande des parties, telle que le moindre attouchement sera intolérable. Dès lors le coït deviendra impossible; la femme loin de s'y prêter bénévolement comme à la première fois, se dérobera, jettera des cris, se contractera à chaque nouvelle tentative, et cet état d'exaspération allant croissant, le vaginisme sera constitué. Ce résultat sera d'autant plus rapide que la femme sera plus nerveuse, c'est-à-dire qu'elle sera plus apte à ressentir vivement les impressions douloureuses et qu'elle aura plus ardemment désiré les sensations voluptueuses qui lui font absolument défaut; il sera d'autant plus inévitable que, par sa constitution lymphatique, cette même femme sera moins disposée à la cicatrisation rapide des éraillures, ou excoriations résultant de la première tentative infructueuse.

« C'est ainsi que les choses se passent dans un très grand nombre de cas. Un jeune mari, dont l'ardeur est habituellement excitée par une continence plus ou moins prolongée, est à peine entré dans le lit conjugal qu'il s'empresse, sans autre préambule, d'en arriver aux fins du mariage. Mais combien calculent mal leur élan et voient tomber leur flamme avant d'avoir pu atteindre le but désiré! Ceux-là ont à peine eu le temps de frapper à la porte et ils l'ont fait d'une façon à la fois

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris, 1879, p. 46.

assez maladroite et assez brutale pour que de longtemps ils ne puissent plus compter la voir s'ouvrir facilement devant eux. C'est qu'en effet ils ont déterminé la douleur sans avoir eu le temps ni l'occasion de procurer la sensation contraire qui doit la faire oublier. Chaque nouvelle tentative à laquelle ils se livrent par la suite réveille cette douleur qui les fait repousser de plus en plus énergiquement, et leurs efforts deviennent d'autant plus infructueux, que leur énergie morale et même physique se trouve bientôt amoindrie par tous les succès réitérés.

« Que faudrait-il donc pour éviter ces mécomptes ? Une seule chose bien simple : c'est que le premier élan fût calculé de telle sorte qu'il permit d'arriver sans encombre au but désiré et que l'on retardât l'assaut plutôt que de le livrer avant d'être bien certain que l'on pourra pénétrer du premier coup jusqu'au centre de la place. »

§ II. — Symptômes.

Quelquefois, au moins pendant un temps, la santé générale n'est que peu modifiée ; l'irritation est toute locale, mais les autres fonctions s'accomplissent régulièrement, et la malade reste en bon état. Il n'en est pas toujours ainsi : nous avons vu des cas où, sous l'influence de cette irritation de la vulve, le sommeil était troublé, les fonctions de l'estomac se dérangent ; peu à peu survenait de l'amaigrissement, et tout l'organisme se trouvait dérangé.

Il y a un autre symptôme très fréquent, c'est l'irritation excessive de la vessie, caractérisée non seulement par des besoins fréquents d'uriner, mais par une sorte de ténésme vésical. Cet accident est quelquefois poussé au point de troubler le repos des malades. Ce symptôme n'est que le résultat, par action réflexe, de la vaginite ; et la preuve, c'est qu'il disparaît dès que la vaginite est guérie.

Dans le plus grand nombre des cas, la douleur est assez grande pour faire cesser tout désir sexuel aussi bien que toute espèce de plaisir. Il n'en est pas cependant toujours ainsi. Dans quelques cas, les désirs non satisfaits en arrivent à une telle intensité, qu'il en résulte une irritation nerveuse excessive et les plus grands troubles nerveux. Quelquefois la menstruation devient irrégulière, ou trop abondante ; le plus souvent elle n'est pas dérangée. En règle générale, nous pouvons considérer cette maladie comme une des causes curables de stérilité. S'il n'y a pas introduction complète du pénis, il n'y aura pas de conception, même quand il n'y a pas de vaginite ; cependant nous ne pouvons pas établir le fait comme une règle absolue. On a vu des cas de grossesse chez des femmes dont l'hymen n'avait pas été rompu : il n'y avait donc pas eu de pénétration complète.

§ III. — Diagnostic.

Le diagnostic est quelquefois difficile : on peut soupçonner la maladie quand l'orifice du vagin est petit et rigide, quand la vulve est rouge et que la malade se plaint des symptômes que nous avons décrits : un examen direct fournira ensuite toutes les données dont on a besoin pour s'éclairer.

§ IV. — Traitement.

Le traitement doit avoir deux buts : 1° la guérison de la lésion concomitante ; 2° la cure du rétrécissement, qu'il soit spasmodique ou non.

En premier lieu, il faut prescrire une grande modération dans les rapports sexuels, et dans les cas graves les proscrire formellement.

Dans les cas de vaginite, on se trouve très bien des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent, dont on varie la force depuis 25 centigrammes jusqu'à 2 grammes pour 30 grammes d'eau ; on fait ces cautérisations deux ou trois fois par semaine, avec un pinceau et un petit spéculum, après avoir d'abord bien essuyé la membrane muqueuse avec un linge très sec. Les jours où l'on ne cautérise pas, on prescrit des injections simples deux fois le jour avec de l'eau froide ou une faible solution de sulfate de zinc. S'il y a de la constipation, quelques purgatifs salins, comme un peu de sulfate de soude ou de magnésie seront le meilleur moyen à employer.

Il est un médicament qu'on ne devra pas négliger d'employer et qui paraît dans certains cas avoir rendu de véritables services ; nous voulons parler du bromure de potassium. Raciborski (1) préconise ce médicament, mais il faut bien reconnaître qu'il ne guérit pas les lésions qui sont le point de départ du vaginisme, et qui réclament un traitement particulier.

Le bromure de potassium agit comme sédatif général du système nerveux, en produisant un certain degré d'anémie de la moelle, il diminue dès lors son pouvoir réflexe excito-moteur ; de plus, comme il tend à détruire la sensibilité de la peau et des muqueuses, il pourra faire disparaître le point de départ de l'action réflexe.

Le deuxième point est de détruire la rigidité, ou cette disposition au spasme, afin qu'il n'y ait plus d'obstacle aux rapprochements sexuels. On comprend que, dans bien des cas où les rapports sexuels sont impossibles, on peut cependant introduire un spéculum ou un dilateur. Du reste, pourvu que le but soit atteint et que l'on cause aussi peu de douleur que possible, peu importe le moyen qu'on emploie. Marion Sims fait usage d'un dilateur conique, de métal ou de cristal, que

(1) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868.

l'on devra garder deux heures de suite et deux fois par jour. Le spéculum bivalve de Coxeter ferait encore très bien l'affaire. On augmente imperceptiblement la dilatation avec un tour de vis.

Les dilateurs dont Churchill se sert sont des espèces de bougies de verre, arrondies et légèrement coniques à une extrémité, et d'une longueur d'à peu près 18 centimètres. Il faut en avoir plusieurs d'un volume différent, depuis un demi-centimètre jusqu'à 6 centimètres de diamètre. On commence toujours par les plus petites bougies, de manière à ne causer ni douleur ni spasme, et on les introduit chauffées et huilées, après avoir touché avec la solution caustique. Après avoir introduit la première dans le vagin pendant quelques minutes, on la retire pour en introduire une plus grosse, et ainsi de suite jusqu'à ce que la dilatation paraisse suffisante pour un jour : on laisse alors la dernière pendant cinq ou dix minutes. On répète ce procédé deux, trois ou quatre fois dans la même semaine, et l'on trouve à la fin que la résistance est moins grande. On recommence chaque semaine, avec un dilateur plus fort, et l'on finit toujours par une bougie plus forte que dans la séance précédente, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la fin à passer d'emblée et sans douleur la bougie la plus forte ; pendant ce temps, la vaginite s'est peu à peu guérie.

Ce procédé peut paraître un peu lent ; mais il donne des résultats plus satisfaisants que les procédés plus rapides. On arrive ainsi sûrement à une dilatation suffisante.

M. Gallard (1) préconise la dilatation au moyen de mèches de charpie d'un volume graduellement croissant et qu'il enduit de la pomade suivante :

℥ Poudre d'iodoforme.....	} aa 2 gr.
Beurre de cacao.....	
Axonge récente.....	
Mélez.	

S'il n'y a que de la douleur sans aucune altération apparente de la muqueuse, l'auteur que nous venons de citer prescrit la formule suivante :

℥ Extrait de belladone.....	3 grammes.
Axonge récente.....	15 —
Mélez.	

Dans les divers cas que nous avons eu à observer, nous n'avons jamais vu qu'il y eût à faire intervenir la chirurgie : il peut cependant se présenter des cas où cette intervention soit nécessaire. Michon et Debout conseillent de faire des incisions ordinairement peu profondes sur la membrane muqueuse. Marion Sims va beaucoup plus loin. Il prescrit d'enlever entièrement l'hymen, et quand les surfaces sont guéries, de placer les malades, complètement chloroformisées, sur le dos, dans la position

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1879, p. 411.

de la taille : il introduit dans le vagin l'index et le médius de la main gauche, les écarte latéralement, de manière à dilater complètement le vagin et à tendre la fourchette ; puis, avec un scalpel ordinaire, il fait, dans le tissu vaginal, à droite, une incision profonde de haut en bas, jusqu'au raphé périnéal. Il introduit de nouveau le bistouri et fait une section semblable, toujours de haut en bas, sur l'autre côté. Chaque section a une étendue verticale de 6 centimètres et s'arrête à 1 centimètre 1/2 au plus au-dessus du bord du sphincter. Naturellement la profondeur de ces sections est variable suivant les sujets, suivant le développement des tissus. Pour achever la guérison, il faut que les malades conservent pendant quelque temps une bougie ou un dilateur. Sims se sert habituellement d'un dilateur de cristal, quelquefois d'un dilateur de métal. Si l'hémorrhagie est abondante, il introduit tout de suite le dilateur. Autrement, il attend vingt-quatre heures, et le laisse en place deux, trois ou quatre heures.

Le vaginisme, cédant le plus souvent aux applications locales que nous venons de mentionner, il ne conviendra que rarement de recourir à l'opération sanglante recommandée par Marion Sims.

CHAPITRE III

VAGINITE, LEUCORRHÉE VAGINALE (1).

L'inflammation de la membrane muqueuse du vagin, ou la leucorrhée vaginale, constitue une des affections les plus fréquentes chez les femmes, et, pour diverses raisons, une affection très-ennuyeuse.

La vaginite, surtout la vaginite chronique, a été étudiée par Tyler Smith, qui a d'abord établi avec soin l'ancienne distinction de la leucorrhée vaginale et de la leucorrhée utérine, et qui, par des recherches microscopiques, a élucidé divers points étudiés d'abord pratiquement.

La maladie peut être *aiguë* ou *chronique*, et, suivant la forme, les symptômes seront variables. Nous étudierons séparément ces formes diverses.

ARTICLE PREMIER

LEUCORRHÉE VAGINALE AIGUE, OU VAGINITE AIGUE

Cette forme est de beaucoup la plus fréquente, mais aussi la plus douloureuse. Elle se présente rarement chez les personnes non mariées, ou chez des femmes âgées. Les exemples que nous avons observés nous

(1) Bureaud, *Essai sur la leucorrhée*. Paris, 1834. — Robert, *Mémoire sur l'inflammation des follicules nerveux du vagin* (*Archives de médecine*, août 1841). — Deville, *Vaginite granuleuse* (*Archives de médecine*, 1844, p. 7 et 8). — Oldham, *Follicular affection of vagina* (*Lancet*, mai 1846). — Boys de Loury et Costilhes, *Gazette médicale*, août 1847. — Mandl, Kölliker, — Scanzoni, *Traité des maladies des organes génitaux sexuels*, trad. par Dor et Socin. Paris, 1858.