

aines, les cuisses et même dans les reins. Les douleurs persistent pendant une demi-heure ou une heure, pour revenir au bout d'un temps variable, et quelquefois sous forme périodique. Il existe souvent des douleurs semblables dans d'autres parties du corps, et une exaltation générale de la sensibilité physique et morale. Si, pendant l'accès, on pratique le toucher vaginal, on ne constate aucun changement matériel dans l'état de l'utérus, quelquefois une élévation de température du col de la matrice, une sensibilité à la pression, très-rarement des contractions douloureuses du vagin.

Dans l'intervalle des accès, la patiente revient à une santé parfaite, ou bien elle ressent du malaise, des douleurs sourdes. L'affection persiste plus ou moins longtemps; en général les accès diminuent progressivement d'intensité.

On combat l'hystéralgie par les mêmes médications que les autres névralgies : narcotiques, antispasmodiques à l'intérieur; bains entiers, injections narcotiques intra-vaginales, topiques de même nature sur l'hypogastre; vésicatoires volants pansés avec la morphine sur cette dernière région et sur le sacrum. En cas de forme franchement périodique, le sulfate de quinine est indiqué. Les moyens hygiéniques ne doivent pas être négligés : exercice modéré, régime substantiel, séjour à la campagne, repos de l'esprit, rapports sexuels modérés. Dans les cas rebelles on a proposé d'inciser le col de l'utérus pour produire une sorte de dérivation physique sur l'organe.

SECTION XLVI.

MALADIES DU VAGIN.

CHAPITRE I.

VICES DE CONFORMATION DU VAGIN.

Le vagin étant un organe destiné à la copulation, à livrer issue au sang menstruel et à laisser passer le fœtus au moment de l'accouchement, on comprend que ce canal doive se trouver dans certaines conditions pour l'accomplissement des différentes fonctions qui lui sont dévolues. Lorsque la nature s'écarte de son plan général d'organisation, le vagin offre dans son ouverture inférieure, dans son calibre ou dans sa longueur, des anomalies qui nécessitent souvent l'intervention de l'art et qui prennent le nom de *vices de conformation*.

1° OUVERTURE DU VAGIN DANS UN LIEU ANORMAL. (a) On a vu le vagin s'ouvrir dans le *rectum* : c'est une anomalie qui passe inaperçue pour la

femme jusqu'à l'époque de la première menstruation, où le sang, au lieu de sortir par la vulve, s'écoule par l'anus. Barbaut a rapporté deux exemples de ce genre, dans lesquels il y a eu fécondation par le rectum, grossesse et accouchement à terme. Si pareil cas se présentait, on pourrait tenter de rétablir la partie inférieure du vagin par une opération que nous indiquerons plus loin. (b) Nous signalons pour mémoire l'ouverture du vagin dans la *vessie* : Maret en a rapporté une observation. (c) Le vagin peut être ouvert *plus près de l'anus* que dans l'état normal; le périnée alors est plus court ou manque complètement. (d) Morgagni et Stegmann ont vu le vagin ouvert *au-dessus du pubis*.

2° IMPERFORATION DU VAGIN. Le vagin est imperforé lorsque la membrane hymen ne présente pas d'ouverture; aussi a-t-on également désigné ce vice de conformation sous le nom d'*imperforation de l'hymen*. Ce n'est qu'à l'époque où la menstruation s'établit que les jeunes filles accusent quelques troubles fonctionnels qui font soupçonner ce vice de conformation. Le sang des règles ne pouvant pas se frayer une issue à l'extérieur, s'accumule dans le vagin d'abord, puis dans l'utérus; de là des coliques, une tuméfaction du ventre, un développement insolite des mamelles. L'examen de la vulve montre qu'il existe entre les lèvres une saillie plus ou moins prononcée, formée par la membrane hymen, qui est refoulée par le sang menstruel; la rénitence, l'élasticité de cette tumeur et l'absence même d'ouverture à l'hymen ne permettent pas d'en méconnaître la véritable nature.

Il suffit, pour faire cesser les accidents et pour corriger le vice de conformation, de pratiquer à l'hymen une incision et d'introduire une mèche entre les lèvres de la plaie pour prévenir l'agglutination.

3° ÉTROITESSE DU VAGIN. Il y a étroitesse du vagin toutes les fois que ce canal n'admet que des corps d'un calibre tel, qu'il en résulte des difficultés pour l'accomplissement du coït et, à plus forte raison, pour l'expulsion du fœtus. Dans quelques cas, il a été impossible de faire pénétrer dans le vagin des corps autres qu'une sonde de femme, ou un tuyau de plume à écrire. Ce vice de conformation est ignoré toute la vie chez les femmes qui restent vierges; mais, chez celles qui ont des rapports sexuels, les difficultés de l'introduction du pénis appellent l'attention. Chez quelques-unes, le vagin finit par se dilater, soit sous l'influence seule de la répétition de l'acte du coït, soit sous l'influence d'une grossesse, ou bien encore pendant le travail de l'accouchement. Chez d'autres, le conduit conserve au contraire ses dimensions exigües, et c'est dans ce cas que l'art doit intervenir.

C'est à la *dilatation* qu'il faut avoir recours pour donner au vagin des proportions qui soient plus en harmonie avec les fonctions de l'organe. Les moyens dilatants que l'on met en usage sont les bougies emplastiques, les pessaires de gentiane, l'éponge préparée. L'*incision* des parois du vagin doit être réservée pour les cas dans lesquels il est nécessaire de terminer un accouchement.

4° ABSENCE DU VAGIN. Le vagin peut manquer en totalité ou en partie, et, dans ce dernier cas, c'est tantôt la partie supérieure, tantôt l'inférieure.

Ce vice de conformation, tout comme l'*imperforation* du vagin, s'annonce à l'époque où la menstruation s'établit par les accidents qui résultent de la rétention des règles. L'examen de la vulve permet de s'assurer de la nature de l'obstacle à l'écoulement du sang menstruel. Si le vagin n'existe qu'à la partie inférieure, on rencontre bientôt le cul-de-sac qui répond à la terminaison du conduit, au moyen d'une sonde introduite dans la cavité; si le vagin fait absence complète à la vulve, on n'y rencontre aucune dépression répondant à l'orifice du canal. Dans ce dernier cas, il importe de s'assurer des rapports qui existent entre le rectum et la vessie, de déterminer si ces organes sont séparés ou non par une substance cellulo-fibreuse aux dépens de laquelle on pourrait creuser un canal, c'est-à-dire un vagin *artificiel* pour arriver à l'utérus. Une sonde introduite dans la vessie et un doigt dans le rectum permettront toujours de résoudre cette question, d'après la distance que l'on trouvera entre les deux: si, en effet, le doigt et la sonde se touchent presque directement, la paroi antérieure du rectum est confondue avec le bas-fond de la vessie; si, au contraire, le doigt a de la peine à reconnaître le bec de la sonde, on en peut conclure qu'il existe entre les deux soit une portion de vagin non oblitérée, soit une substance celluleuse plus ou moins épaisse. Le même mode d'exploration que nous venons d'indiquer permet de constater si l'utérus existe ou non.

L'absence du vagin ne réclame pas l'intervention de l'art, tant qu'il ne se manifeste pas d'accidents occasionnés par la rétention des règles. Mais lorsque ces accidents ont lieu, le seul moyen propre à les faire cesser étant l'évacuation du liquide contenu dans l'utérus, il faut arriver à cet organe soit à travers la vulve, soit à travers le rectum.

La *ponction* de l'utérus par le rectum est une opération fort grave, car elle expose à léser le péritoine; il est donc préférable d'avoir recours à l'autre méthode. La *ponction* à travers la vulve a non-seulement l'avantage d'éviter la lésion du péritoine, mais encore de permettre au chirurgien de rétablir ou de former un canal artificiel qui tienne lieu de vagin et qui puisse en remplir les fonctions. Cette opération, exécutée avec succès par Amussat, Stoltz, Cabaret, Desgranges, etc., s'exécute de la manière suivante: la malade étant convenablement située, on introduit une sonde dans la vessie, puis on pratique une petite incision au-dessous du méat urinaire, dans le lieu où devrait se trouver l'ouverture du vagin; on agrandit cette incision avec précaution; on se sert alors alternativement des doigts et du bistouri pour arriver jusqu'au col de l'utérus, en ayant toujours le soin de se guider sur la sonde qui est dans la vessie, pour ne pas blesser cet organe. Une fois le canal artificiel créé et le sang évacué, il faut prévenir la cicatrisation ou le retrait du vagin de nouvelle formation en y laissant à demeure, pendant un temps plus ou moins long, des mèches dont on augmente graduellement la grosseur.

CHAPITRE II.

BLESSURES ET CORPS ÉTRANGERS DU VAGIN.

Les *blessures* du vagin sont presque toujours la conséquence d'opérations chirurgicales ou obstétricales, dans lesquelles les parois de ce conduit sont intéressées. Ce sont aussi parfois des *déchirures* résultant d'une distension excessive du canal par le passage d'un fœtus volumineux; dans ce dernier cas le périnée participe presque toujours à la solution de continuité.

ARTICLE I.

Déchirures du périnée et du vagin.

La division du périnée est le plus souvent la conséquence d'une distension excessive de cette cloison, au moment du passage du fœtus à travers la vulve; et c'est en raison de ce mode de production qu'on lui a donné le nom de *déchirure*. Certaines circonstances en favorisent la production: l'étroitesse de la vulve et le rapprochement de cette ouverture du côté de la symphyse; la rigidité ou la trop faible résistance du périnée, l'étendue trop considérable de cette cloison, enfin le volume exagéré de la tête de l'enfant et l'application du forceps. Le mot *fentes* du périnée serait préférable, parce qu'on pourrait y rattacher les solutions de continuité, suite de *plaies* proprement dites, d'*ulcération* gangréneuse ou syphilitique de la région ano-périnéale.

La déchirure du périnée offre un certain nombre de *variétés* subordonnées à l'*étendue* de la solution de continuité et à son *siège*. Quelquefois la *cloison recto-vaginale* est seule rompue, pendant que le périnée a conservé son intégrité. Il peut y avoir une déchirure *centrale* du périnée, c'est-à-dire que la commissure postérieure de la vulve et l'anus sont restés intacts, ainsi que le démontrent les observations de Nedey, Coutouly, Joubert, Douglas, Evrat, Moreau, Champenois, etc.

La déchirure peut ne comprendre que la partie antérieure de la vulve, le sphincter anal et l'anus conservant leur intégrité: c'est la déchirure *incomplète*. Il y a quelquefois une destruction de tout le pont qui sépare la vulve de l'anus; le plus souvent alors l'anus seul ou avec son sphincter sont compris dans la division, et la cloison recto-vaginale est entamée dans une hauteur plus ou moins considérable. Les deux premières variétés guérissent presque toujours par les seuls efforts de la nature, mais il n'en est pas de même des deux autres dans lesquelles la réunion spontanée est très-rare, les lèvres de la plaie se cicatrisant séparément. Si la déchirure est *incomplète*, il n'en résulte d'autre inconvénient qu'un agrandissement dans l'ouverture de la vulve et une prédisposition à la descente de l'utérus; mais si la déchirure est complète et qu'elle comprend la cloison recto-vaginale et le sphincter anal, le vagin et le rectum sont convertis en