

S'il est uniquement pelvien, on aura recours, pendant la grossesse, au simple refoulement de bas en haut, par le vagin ou le rectum ou, dans des cas plus graves, à l'avortement provoqué. Pendant le travail, on essaiera encore du refoulement, de la ponction ou de l'incision au point le plus accessible. Au cas où l'effet produit ne serait pas suffisant, recourir au forceps ou à la version, si l'enfant est vivant et si l'opération ne doit pas être trop laborieuse; à la craniotomie d'emblée, si elle se présente comme beaucoup plus facile et si l'enfant est mort, ou après échec de la version et du forceps. Si ces opérations diverses sont impraticables ou insuffisantes, il faudra opter entre l'ablation du kyste et l'opération césarienne.

Aux kystes du ligament rond convient l'incision simple ou l'extirpation.

Les tumeurs solides, aussi bien que les kystes, réclament l'ablation, à moins que leur fixité et l'infiltration des tissus voisins, jointes à la déchéance de l'état général, n'impliquent, tout à la fois, leur malignité et l'exceptionnelle gravité de l'opération. Celle-ci se fera, suivant les cas, par la voie vaginale ou par la voie abdominale, avec ou sans morcellement.

LIVRE X

TROUBLES NERVEUX

Sous le nom de *troubles nerveux*, nous étudierons des manifestations hyperesthésiques, douloureuses ou spasmodiques, le plus souvent en rapport avec des lésions manifestes, mais qui peuvent suffire, par elles-mêmes, à constituer des espèces cliniques.

I. Prurit vulvaire.

Étiologie et pathogénie. — Le *prurit vulvaire* n'est ordinairement que l'expression symptomatique de lésions diverses de l'appareil génital : diabétides, herpès, leucoplasie, etc., de la vulve; écoulements liés à la vaginite, à la métrite, au cancer. On a même dit que les affections des ovaires et des trompes suffisaient, par elles-mêmes, à le produire. Lorsque l'appareil génital paraît absolument indemne, on en est réduit à admettre l'hypothèse d'une *origine centrale*.

Symptômes. — Le *prurit* peut être continu ou intermittent. Le grattage qu'il suscite dénature plus ou moins les lésions causales et détermine l'onanisme, la nymphomanie, des troubles nerveux divers.

Traitement. — Il faut s'efforcer de modifier l'état général, quand il y a lieu (diabète, arthritisme, hystérie).

Localement, on aura recours aux badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent à 1/20; aux lotions très chaudes avec la solution phéniquée à 1,50 p. 100, avec des infusions ou décoctions astringentes (décoction d'écorce de chêne à 50 p. 1000, infusion de thé noir), ou calmantes (infusion de menthe). En cas d'insuccès, recourir à la solution recommandée par Tarnier chez les femmes enceintes :

Bichlorure de mercure.....	2 gr.
Alcool.....	10
Hydrolat de roses.....	40
Eau distillée.....	450

Ce liquide s'emploie pur, en lotions répétées matin et soir. Les premières, causant toujours une cuisson vive, seront suivies d'un lavage à l'eau fraîche. Dans l'intervalle, nous appliquons de préférence, soit des tampons imbibés de glycérine tannique à 3/10, soit de la pommade phéniquée à 3/100, soit de la poudre d'iodoforme.

La cocaïne n'a qu'une action éphémère.

Avant tout traitement, on fera bien de conseiller un bain savonneux et même un nettoyage à l'éther quand il y a des dépôts de smegma.

Si les topiques sont impuissants, on aura recours au courant continu (Campi, Chlomogoroff) à la dose de 20 milliampères environ, ou mieux, d'après Leloir, à l'effluve électrique de 10 à 15 minutes de durée.

En dernier ressort, on peut être autorisé, par l'intensité de l'affection et les troubles nerveux qu'elle engendre, à pratiquer l'ablation des tissus atteints de prurit, c'est-à-dire, suivant les cas, l'ablation du clitoris seul, du clitoris avec une portion des grandes lèvres ou des nymphes.

Un certain nombre de succès dus à cette méthode, dans des cas absolument rebelles, ont été enregistrés par Schröder et Löhlein (5 cas), Küstner (3 cas), Carrard (1 cas d'ablation isolée du clitoris), Welster, d'Édimbourg.

II. Vaginisme.

Le vaginisme est une affection caractérisée par l'*hyperesthésie douloureuse* et par la *contracture spasmodique de l'appareil vulvo-vaginal*. Douleur et spasme, telle est la double caractéristique de l'affection.

L'*hyperesthésie sans contracture* est un symptôme fréquent des affections, surtout inflammatoires, de la vulve et du vagin et diffère du vaginisme proprement dit : elle entre plutôt dans le cadre de la *dyspareunie*.

Simpson, Hildebrandt, Budin, etc., ont décrit une *contracture sans hyperesthésie*, siégeant ordinairement au niveau des faisceaux inférieurs du releveur anal, exceptionnellement à l'orifice vulvaire, et capable de produire le phénomène connu et assez rare du *pénis captivus* (Hildebrandt). Ce phénomène, qui peut être produit volontairement et perfectionné par l'exercice, ne peut être considéré, non plus, comme du vaginisme.

Le syndrome *vaginisme* a été signalé dès 1824, par Huguier. Simpson et surtout M. Sims, qui a donné à l'affection le nom qu'elle porte (1862), en ont fait une description complète.

Étiologie et pathogénie. — Le vaginisme est une affection rela-

tivement fréquente, qui s'observe de préférence dans les classes élevées, chez les femmes hystériques ou simplement nerveuses, à tout âge, et même chez les vierges ; cependant, elle débute rarement après la ménopause, tout en pouvant lui survivre, et c'est pendant toute la période génitale, en particulier au début du mariage, qu'on l'a rencontrée le plus souvent.

On a incriminé, dans quelques cas, le saturnisme (Nefel).

Les *causes locales* sont multiples, souvent légères et difficiles à découvrir.

Citons d'abord les lésions produites, au cours des tentatives de défloration, par la maladresse, la brutalité, ou l'impuissance du mari et qui, indépendamment des douleurs qui leur sont propres, exaspèrent l'état nerveux de la jeune mariée. Ces lésions sont favorisées par l'*anté-* ou la *rétro-position* de la vulve qui fait porter à faux, sur la fourchette ou l'urèthre, les efforts du pénis ; par la résistance ou la trop grande ouverture de l'hymen qui, dans ce dernier cas, se laisse refouler ou distendre, sans se déchirer : mieux vaut un orifice hyménéal étroit et une déchirure franche. La membrane présente parfois une hyperesthésie congénitale excessive, localisée à une de ses faces, surtout l'antérieure (Richard, Sims). Mais le point de départ du réflexe réside bien plus souvent dans ses débris, les *caroncules*, qui sont excoriés ou simplement hyperesthésiques.

Le vaginisme peut encore dépendre : de la vulvo-vaginite et des érosions, ulcérations ou fissures causées par des exanthèmes divers (herpès, eczéma) ; de *tubercules sous-cutanés douloureux* (névromes) décrits par Sims ; d'affections de la vessie, des annexes, de l'anus, de l'urèthre (caroncules, polypes) ; de lésions spinales. L. Tait a décrit une *atrophie progressive* de la face interne des petites lèvres, précédée de *taches vasculaires* très douloureuses, atrophie qui surviendrait à la ménopause et se compliquerait souvent de vaginisme.

Existe-t-il un *vaginisme essentiel*, c'est-à-dire sans lésions organiques, sur place ou à distance ?

Sims, Guéneau de Mussy, Lorain semblent en avoir observé quelques exemples, qu'il faut accepter avec réserve, la lésion causale pouvant être assez minime ou éphémère pour passer inaperçue. Cependant, dans les cas où le vaginisme coïncide avec la nymphomanie, ce qu'il nous a été donné d'observer, il est rationnel d'admettre, comme élément étiologique, un état d'hyperexcitabilité médullaire causée par l'abus du coït.

Symptômes. — La *douleur* est le phénomène initial. Elle est diffuse ou localisée à toute l'étendue ou à un point déterminé de la face interne des petites lèvres, de la fourchette, des caroncules,

du méat. Rarement spontanée, elle survient à l'occasion du coït, ou du simple contact d'un doigt, d'un stylet, d'un pinceau. Elle est subite, aiguë, intolérable, et va jusqu'à arracher des cris à la malade, à provoquer des défaillances, des syncopes. De durée variable, mais généralement courte, elle s'atténue peu à peu, puis disparaît. Toutefois, dans l'intervalle des crises, les malades éprouvent encore une sensation de pesanteur, de corps étranger, de ténésme vaginal, vésical ou anal, accompagné ou non de *prurit*. Le molimen menstruel accroit ou, au contraire, diminue momentanément l'hypœsthésie.

La *contraction tétanique* suit de près la douleur. Elle peut comprendre, non seulement le *constricteur du vagin*, mais tous les muscles du périnée. Verneuil considère même le *transverse* comme le véritable agent de la constriction. Le plancher périnéal est alors d'une dureté comparable à celle du bois, et le doigt, s'il a pénétré quelque peu dans le vagin, se trouve serré comme dans un étau. Le spasme peut s'étendre à l'anūs, au col vésical, aux muscles adducteurs des cuisses, voire même à tout le corps. Il est continu ou intermittent, exaspère la douleur qui l'a précédé et s'accroît avec elle si les tentatives d'exploration ou de coït sont continuées.

Quand le vaginisme dure depuis un certain temps, il occasionne de l'amaigrissement, une grande irritabilité nerveuse et une perturbation mentale qui peut aller, chez les prédisposées, jusqu'à la folie et au suicide (Hervez de Chégoïn).

La leucorrhée, les troubles de la menstruation, coexistent souvent avec le vaginisme, qu'il y ait, ou non, relation de cause à effet.

La durée de l'affection est très variable : elle disparaît souvent avec sa cause, mais peut lui survivre.

Pronostic. — Il est rare que la guérison survienne d'elle-même. Dans les formes atténuées, elle s'obtient assez facilement ; mais il est des cas rebelles à tout traitement et qui se prolongent pendant toute la durée de la vie génitale.

La *fécondation* a pu se faire grâce au sommeil anesthésique ou par simple dépôt du sperme à la vulve, sans intromission. Le vaginisme n'en est pas moins une cause puissante de stérilité.

Il peut aussi faire obstacle à l'accouchement.

La distension produite par le passage du fœtus entraîne souvent, mais non toujours, la guérison.

Enfin, il faut tenir compte des conséquences morales qu'entraîne, pour les deux conjoints, ce *désappointement de la nature* (Barnes).

Diagnostic. — La douleur au contact et le spasme consécutif, en dehors de toute malformation empêchant mécaniquement le coït, sont suffisamment caractéristiques.

L'imperforation de l'hymen, l'atresie du vagin, se reconnaissent à l'exploration directe ; cette exploration ne doit produire ni douleur, ni spasme.

La *névralgie vulvaire* est assez rare ; ses accès sont spontanés, indépendants de tout contact, de toute lésion appréciable à l'examen.

Les douleurs symptomatiques des affections génitales peuvent être assez vives pour rendre le coït difficile ou impossible : elles peuvent même provoquer, en cas de lésions de l'utérus, et surtout des annexes, un certain degré de *contraction défensive* (du sphincter supérieur, en particulier). Mais il s'agit là de *dyspareunie* (voir livre II) et non de vaginisme. Dans ces cas, le toucher prudemment pratiqué est toujours possible et permettra de localiser le point douloureux, soit sur le col, soit au niveau d'un ovaire prolabé, d'annexes enflammées, etc.

Les sensations *accessoires* de pesanteur hypogastrique, de ténésme anal ou vésical ne peuvent induire en erreur, si on a soin de les rapprocher des crises caractéristiques.

L'examen local dont dépend le *diagnostic étiologique*, indispensable au traitement, n'est souvent possible qu'avec le secours de la cocaïne ou de l'anesthésie chloroformique. Il faudra fouiller avec le plus grand soin tous les replis de la muqueuse, en particulier aux points d'élection, et explorer de même le petit bassin. Si l'on a découvert une ou plusieurs lésions, on en contrôlera facilement l'influence au réveil de la malade, le contact du point soupçonné devant alors déterminer une crise, s'il est vraiment le point de départ du réflexe. — En cas d'examen négatif, on sera en droit de supposer que le vaginisme est d'origine centrale ou qu'il survit à une lésion guérie.

Traitement. — A. TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Le traitement général est ordinairement insuffisant, mais toujours utile. On conseillera l'abstention des excitations sexuelles et, suivant les indications, le bromure de potassium, l'hydrothérapie, les toniques, l'arsenic, etc. ; les distractions et les voyages.

B. TRAITEMENT LOCAL. — Le *traitement local* vise un double but : guérir la lésion causale, ce qui peut suffire, et vaincre le spasme, s'il persiste. Dans ce but, on recommandera : les bains de siège ; les lavages à l'eau boriquée à 40 p. 1000, phéniquée à 1 p. 100, à l'eau blanche ; les badigeonnages des fissures ou excoriations avec la so-

lution de nitrate d'argent à 1/20; les onctions avec la vaseline boriquée, phéniquée à 3 p. 100, saturnée, belladonnée; les tampons imprégnés de glycérine tannique à 3/10; les insufflations de poudre d'iodoforme; l'application quotidienne d'un suppositoire à la belladone, à la morphine, etc. La cocaïne n'a qu'un effet passager, mais permet souvent le coït.

L'électricité a été employée avec succès (Lomer) (voir I, *Prurit vulvaire*).

Le traitement opératoire, beaucoup plus efficace, consiste, suivant le cas, dans l'incision ou l'excision de l'hymen, des caroncules myrtiformes, d'un polype urétral, d'un névrome superficiel, etc.

L'opération de Sims (voir 2^e partie) n'est plus guère employée. La dilatation graduelle est rarement praticable, le contact des agents dilatateurs suffisant souvent à déterminer une crise de vaginisme qui s'oppose à leur introduction.

Il est préférable de recourir à la dilatation forcée, après anesthésie chloroformique poussée jusqu'à la résolution complète.

Tillaux a conseillé la section des filets nerveux périvulvaires, et Simpson, la névrotomie du honteux interne.

III. Névralgies pelviennes.

Sous le nom de *névralgies pelviennes*, il faut entendre, avec Richelot (1), des douleurs pelviennes, permanentes et rebelles, sans lésions appréciables par l'examen clinique ou même microscopique, ordinairement associées à un état névropathique qui en est la cause ou l'effet.

Étiologie et pathogénie. — Les observations rapportées ont trait, soit à des cas d'hystérie ou de neurasthénie, avec localisation pelvienne des douleurs; soit à des lésions minimes de l'utérus, des ovaires ou des trompes, consistant en sclérose, micro-kystes, adhérences, déplacements, anomalies de développement; soit, enfin, à des cas où il n'existait ni troubles nerveux généraux, ni aucune lésion locale, macroscopique ou histologique, susceptible de les expliquer. Dans ces derniers cas, lorsqu'il s'agit de névralgies graves, Terrier a émis l'hypothèse de *névrites ascendantes*.

Symptômes. — La symptomatologie se résume dans le phénomène douleur, qui est essentiellement variable quant à son siège, son intensité et ses caractères.

(1) *Bulletin de la Soc. de chir.*, 16 et 23 novembre 1892.

La douleur se localise de préférence au niveau du col, des culs-de-sac vaginaux (annexes), du fond de l'utérus, et de la vessie. Elle peut s'irradier aux cuisses, aux lombes, au sacrum, à l'ombilic, etc.; elle est continue ou intermittente et paroxystique, spontanée ou provoquée, et s'individualise avec chaque malade.

Diagnostic. — Nous pensons qu'il faut être extrêmement réservé dans l'emploi du mot « *névralgie pelvienne* » et ne l'admettre, en principe, que dans les cas où il n'existe aucune lésion macroscopique.

L'étendre aux lésions légères, mais immédiatement reconnaissables de l'œil ou du doigt, c'est remplacer, dans tous les cas difficiles, par la laparotomie exploratrice, l'examen clinique, *médical*, consacré par la tradition et dont le champ n'est limité que par l'expérience du gynécologue et les soins qu'il y apporte. Or une légèreté en entraîne une autre, et nous pensons qu'il est moins facile d'être conservateur si on ne cherche à serrer d'aussi près que possible le diagnostic, avant l'ouverture du ventre.

Pronostic. — Au point de vue du pronostic, les névralgies pelviennes peuvent être distinguées en névralgies légères et névralgies graves.

Les névralgies légères sont très communes chez les neurasthéniques ou les hystériques; signalons particulièrement, en dehors de l'ovaralgie, beaucoup mieux connue, la *sensibilité du fond de l'utérus à la pression*, sans phénomènes de métrite corporéale, les sensations de brûlure, de picotement, de ténésme vesical, éprouvées par les malades.

Si on met de côté, comme nous l'avons dit, les faits de *petites lésions accompagnées de grandes douleurs*, les névralgies graves doivent être considérées comme très rares.

Traitement. — Le traitement des névralgies légères se confond, le plus souvent, avec celui de la *neurasthénie* ou de l'*hystérie*.

Le traitement des névralgies graves et rebelles est encore très discutable. Il consiste, soit dans la laparotomie, soit dans l'hystérectomie vaginale, après une longue période d'observation et l'échec successif des divers traitements conservateurs, d'ordre médical ou chirurgical, qu'il aura paru rationnel de tenter.

On s'accorde généralement à reconnaître que l'ablation des organes douloureux ne donne, en l'absence de lésions évidentes, que des résultats très incertains. Elle serait même non seulement décevante, mais dangereuse chez les neurasthéniques (Reynier).

Nous avons déjà dit ce qu'il faut penser de l'opération de Battey (Voir : livre II, *Dysménorrhée*).

Il n'est pas rare que l'ovaire le plus douloureux soit, en apparence, le plus sain.

On donnera la préférence à l'*hystérectomie vaginale* si les douleurs sont manifestement utérines (liées ou non à un arrêt de développement), si elles s'accroissent beaucoup avec les règles, enfin, si elles n'ont pas cédé à la castration. Il est évidemment plus sûr d'enlever les annexes en même temps que l'utérus.

LIVRE XI

GROSSESSE ECTOPIQUE. — HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

CHAPITRE PREMIER

GROSSESSE ECTOPIQUE

La *grossesse ectopique*, anomalie beaucoup plus commune qu'on ne le croyait naguère, consiste dans le développement de l'œuf fécondé en dehors de la grande cavité utérine. Elle comprend la *grossesse extra-utérine* et la *grossesse dans une corne d'utérus bicorne*.

ÉTIOLOGIE

On peut convenir, avec Martin, que l'étiologie de la grossesse ectopique est encore assez obscure et attend sans doute, pour s'éclaircir, des données plus précises sur la physiologie de l'imprégnation (1).

Il semble pourtant qu'on puisse déjà la rapporter à deux ordres de causes :

Les unes, telles que les adhérences pelviennes, agissent en s'opposant au passage de l'œuf dans le pavillon de la trompe.

Les autres s'opposent à sa progression dans ce même conduit. Ainsi agissent les diverticules congénitaux de la paroi tubaire, l'état spirroïde ou infantile de la trompe (Freund), les tumeurs intra et extra-tubaires, les lésions inflammatoires, telles que soudure des franges muqueuses, destruction des cils vibratiles, abolition du péristaltisme, coutures et dilatations.

(1) Martin, Congrès de Bruxelles, 1893.