

geons ; au contraire, tantôt lisse. Telle est la forme ulcéreuse. La tumeur peut aussi se manifester sous la forme d'une infiltration qui s'étend assez loin et qui n'est le siège d'une ulcération qu'à une période éloignée du début de la maladie.

Les ulcérations donnent lieu à des sécrétions sanieuses qui peuvent donner naissance à des érythèmes et à des excoriations des téguments.

Les ganglions inguinaux sont envahis ordinairement, mais pas toujours dès le début (Schwartz relève 11 cas d'engorgement ganglionnaire sur 23 cancers). L'adénopathie est souvent double. Parfois elle semble être simplement due à une propagation inflammatoire, mais, le plus souvent, l'augmentation de volume est due à une dégénérescence cancéreuse. Ces ganglions s'ulcèrent assez souvent et s'opposent parfois à toute tentative d'extirpation.

La tumeur peut se propager du côté du vagin, de la vessie, ou par en bas, dans la région anale.

Des douleurs intenses peuvent rendre la vie insupportable à la malade, d'autant plus que les sécrétions qui s'écoulent de l'ulcération répandent une odeur repoussante.

La marche n'est pas aussi rapide qu'on serait tenté de le croire et Lauradour déclare même que l'évolution du cancer clitoridien est plutôt lente. Des survies assez longues ont été observées. Certaines tumeurs auraient mis de six à vingt ans à évoluer (Deschamps). Il est probable que, dans certains de ces cas, la tumeur a succédé à une plaque leucoplasique et a évolué chez des femmes âgées. Néanmoins, le pronostic du cancer vulvaire est moins grave que celui du cancer vaginal. Il faut avouer que la tumeur enlève les patientes au bout de trois ans environ dans la majorité des cas. Schwartz aurait observé 10 fois, sur 23 cas, des ablations non suivies de récurrence. Les malades sont emportées par la cachexie ou par des métastases cancéreuses du foie, du poumon, etc.

Diagnostic. — Le cancer de la vulve peut donner lieu à quelques hésitations quand il commence à apparaître : la syphilis produit certaines manifestations qui peuvent prêter à confusion.

On reconnaît le chancre à sa forme arrondie et on cherchera par ailleurs les signes de l'infection syphilitique. Quant aux syphilides, elles sont multiples et influencées par le traitement spécifique.

L'esthiomène de la vulve n'est pas toujours facile à distinguer, d'autant plus qu'on a parfois décrit sous ce nom des cancers de la vulve. On observerait dans l'esthiomène, à la périphérie de la tumeur, certaines tendances à la cicatrisation et, quelque temps après, une destruction des tissus en voie de réparation.

Il ne faut pas oublier que la leucoplasie, localisée à la vulve, peut s'indurer et se transformer en un cancer à marche lente. Aussi est-il indiqué d'enlever ces plaques leucoplasiques, dès qu'elles s'étendent et s'indurent.

Pronostic. — Il est fatal, même après une opération qui semble avoir enlevé tous les tissus néoplasiques.

Traitement. — Il faut pratiquer l'extirpation immédiate et large de la tumeur, quand l'opération est encore possible, c'est-à-dire quand les tissus ne sont pas envahis trop profondément, quand les ganglions ne sont pas le siège de tumeurs secondaires ou quand il n'y a pas de métastase cancéreuse dans les viscères.

Quand il y a une contre-indication à toute tentative d'extirpation totale, on n'a d'autre ressource que de thermocautériser la tumeur et de faire des pansements avec des poudres antiseptiques et absorbantes ; en même temps, on s'efforcera de calmer les douleurs.

VAGIN

Vaginisme. — Par le terme vaginisme, il faut entendre une hyperesthésie excessive de l'hymen et de la vulve, associée à cette contracture spasmodique et involontaire du sphincter vaginal qui s'oppose au coït. Cette définition de M. Sims donne une idée nette du vaginisme qu'il a bien décrit le premier. On pourrait seulement y ajouter que le spasme n'est pas toujours limité au constricteur vaginal et peut atteindre les autres muscles du plancher pelvien et que, d'autre part, les deux termes, hyperesthésie et contracture, ne sont pas indissolublement liés l'un à l'autre. C'est ainsi que Pozzi a justement distingué trois variétés de vaginisme : hyperesthésie avec contracture ; hyperesthésie sans contracture ; contracture sans hyperesthésie. Mais, hâtons-nous de le dire, la première variété, celle que Sims a surtout décrite, est de beaucoup la plus fréquente.

Étiologie. — Pathogénie. — La contracture spasmodique de l'appareil musculaire vulvo-vaginal et périnéal, sous l'influence d'une hyperesthésie spéciale, tend de plus en plus à être considérée comme le résultat d'une lésion vulvaire ou d'une affection de la région. Le vaginisme idiopathique n'est plus guère admis. Mais il faut remarquer que la lésion occasionnelle doit tomber sur un terrain névropathique qui semble nécessaire au développement de l'affection. C'est, en effet, chez des femmes jeunes, nerveuses, excitables, hystériques parfois, mais non toujours, qu'on l'observe le plus généralement.

Parmi les lésions qui provoquent le syndrome clinique décrit sous le nom de vaginisme, il convient de placer au premier rang les traumatismes variés et plus ou moins violents qui accompagnent les premières tentatives de défloration. Encore faut-il distraire de ces faits un certain nombre de cas de vaginisme où, dès le premier

attouchement, l'hyperesthésie se montre avec toute son intensité. On sait que parfois certaines jeunes filles présentent une sensibilité pathologique de la région avant tout essai de rapprochement sexuel. Il ne faut invoquer le traumatisme comme cause principale qu'autant que l'hyperesthésie l'a suivi et n'était pas contemporaine des premières tentatives.

En dehors de cette cause, les lésions qui provoquent le vaginisme sont nombreuses. Elles sont de deux sortes : lésions vulvaires proprement dites et lésions éloignées. Les plus fréquentes, celles dont l'action est le mieux démontrée, ce sont tout d'abord les fissures qui siègent sur le pourtour de l'orifice vulvo-vaginal et dont le rôle présente la plus grande analogie avec celui des fissures de l'anus. Cependant, tandis qu'à l'anus la fissure est la cause à peu près unique de la contracture du sphincter, à la vulve, bien d'autres lésions peuvent la remplacer : l'herpès, l'eczéma, la vulvo-vaginite, par les légères ulcérations qu'ils produisent, la présence de tumeurs, telles que fibromes, polypes, soit de l'orifice même, soit du méat, végétations qui gênent le coït et provoquent de la douleur, dégénération en hyperesthésie.

On a signalé aussi une disposition spéciale de la vulve, qui exposerait le clitoris à un véritable traumatisme (Hegar et Kaltenbach). La rigidité de certains hymens, les débris restés douloureux de certains autres ont été aussi incriminés.

Certaines affections devraient être mises en cause : telles la cystite, les hémorroïdes et, d'autre part, les lésions du museau de tanche, les déviations utérines et les lésions ovariennes (G. Thomas). Dans ces cas, il s'agirait surtout de vaginisme dit supérieur et dû principalement à la contracture permanente, sans hyperesthésie, des fibres périvaginales du releveur de l'anus (Simpson, Hildebrandt, Budin).

Anatomie pathologique. — Le vaginisme n'a pas de lésions qui lui soient propres. On trouve souvent une des altérations dont il a été question. L'inflammation localisée, une ulcération, des petites érosions sont fréquemment constatées au niveau de la vulve. Nous devons cependant signaler un cas de Bandl où cet auteur trouva des lésions médullaires.

Symptomatologie. — L'hyperesthésie vulvaire et la contracture forment à elles seules toute la symptomatologie du vaginisme.

L'hyperesthésie vulvaire est le premier signe constaté, de même qu'il est aussi celui qui amène les malades chez le médecin. Elle envahit indistinctement toutes les parties de la vulve ou bien se trouve plus particulièrement cantonnée en un point précis. Même dans le cas d'hyperesthésie totale, il y a presque toujours un point plus particulièrement sensible, d'où les sensations douloureuses semblent s'irradier. C'est ce point qu'il importe de rechercher attentivement

et avec toutes les précautions voulues; il marque souvent, en effet, le siège de la lésion causale.

L'hyperesthésie est excessive : le moindre contact suffit à la réveiller. Avant même qu'il y ait contact, la plupart des malades ont déjà un mouvement de recul et il se produit un spasme de l'appareil musculaire qui exagère encore la contracture. Celle-ci occupe le constricteur vaginal. Ce muscle est toujours pris, mais fréquemment il ne l'est pas seul. Les muscles du périnée prennent part à la contracture, et le sphincter externe de l'anus était, dans un cas de Sims, d'une dureté remarquable. Par le toucher, qui est très difficilement supporté et qui ne se fait guère qu'avec la pulpe de l'index, on se rend facilement compte de la rigidité du sphincter vaginal. L'examen au spéculum est le plus souvent impossible ou, du moins, très délicat, même avec un spéculum de dimensions exiguës. Il présente cependant une certaine utilité, car parfois c'est une lésion située en arrière de l'hymen ou de l'orifice vaginal qui cause le vaginisme. La stérilité, dans ces cas, semble être la règle; cependant, la fécondation n'est pas impossible.

Diagnostic. — Le diagnostic du vaginisme se fait facilement; le diagnostic de la lésion causale est moins aisé et, ici, entre en ligne de compte la difficulté même de l'examen direct. L'atréisie du vagin n'est point douloureuse; l'imperforation de l'hymen, outre les troubles de la menstruation qui y sont inhérents, se reconnaît facilement; dans le kraurosis, les lésions cutanées et l'absence d'hyperesthésie véritable suffisent à éloigner l'idée de vaginisme. Enfin, dans le doute, on soumettra la malade à l'action du chloroforme.

Pronostic. — Le pronostic doit être pris en considération. L'affection rend presque toujours les rapports conjugaux impossibles et amène la stérilité. Souvent aussi les malades, occupées sans cesse de leur état, tombent dans l'hypocondrie. Enfin, comme nous allons le voir, l'opération est souvent nécessaire pour amener la guérison.

Traitement. — Quel que soit le traitement appliqué localement, la première indication est de modifier le terrain névropathique par une médication appropriée; les bromures et l'hydrothérapie seront très utiles.

La suppression du coït s'impose. Il est de toute importance que la lésion causale soit recherchée et attaquée.

Mais, le plus souvent, tous les traitements purement médicaux échoueront et une intervention plus active s'imposera.

S'il s'agit d'une petite tumeur, on l'enlèvera. Si les débris hyménaux sont douloureux, il faut en faire l'excision complète, fortement conseillée par Sims.

Mais ici, comme pour la fissure anale, le traitement de choix est la

dilatation. La dilatation lente, progressive, est longue, douloureuse, difficilement supportée par les malades. De plus, son résultat n'est pas toujours satisfaisant.

Le mieux est donc la dilatation brusque, forcée, en une seule fois; pendant le sommeil chloroformique profond, on introduit dans l'orifice vulvaire les deux index et on distend, en différents sens, cet orifice, jusqu'à l'extrême limite permise par l'élasticité des téguments; il semble inutile, si la dilatation a été vraiment forcée, de la maintenir au moyen d'un dilatateur quelconque.

On a proposé de faire cette dilatation au moyen d'instruments divers. Le spéculum ordinaire, le spéculum trivalve, le dilatateur de Trélat, ont été employés. La valve de Sims, appuyée fortement sur la fourchette vers le coccyx a été préconisée par Verneuil.

Enfin, on a eu recours à des procédés sanglants. Outre l'excision de l'hymen ou de ses débris, ainsi que de tout point spécialement hyperesthésié, Sims recommande d'opérer ainsi qu'il suit: Deux incisions profondes sont menées obliquement depuis la partie inférieure du vagin jusqu'au raphé périnéal où elles se rejoignent, formant ainsi un Y. On introduit, vingt-quatre heures plus tard, un dilatateur en verre qu'on laisse en place trois ou quatre heures. Ce dilatateur est remis pendant quelque temps, un mois en moyenne, deux heures le matin, deux heures le soir.

Pozzi a proposé un autre mode d'intervention qui consiste essentiellement en un débridement avec éversion de la muqueuse. Outre l'excision de l'hymen et la dilatation forcée avec les doigts, on pratique à droite et à gauche une incision latérale à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire, incision qui croise l'insertion de l'hymen et met à nu les fibres du constrictor cunni, dont elle divise les fibres sur une épaisseur de 2 à 3 millimètres; on dissèque les lèvres de la plaie qui devient losangique. On la suture enfin dans un sens perpendiculaire à la direction primitive.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la section du nerf honteux interne.

En somme, le traitement rationnel se résume en ceci: remédier à la lésion causale, faire la dilatation forcée.

LOUIS DAUDE, De la contracture spasmodique du constrictor vulvaire, thèse de Paris, 1880, n° 41. — T. GALLARD, Leçons cliniques sur les maladies des femmes. Paris, 1879. — L. GOSSELIN, Hyperesthésie vulvaire. Clinique de l'hôpital de la Charité. Paris, 1879, t. III, p. 15. — LUTAUD, Du vaginisme, thèse de Paris, 1874. — TRÉLAT, *Ass. franç. pour l'av. des sciences*, Nantes, 1875. — VERNEUIL, *Gaz. méd. de Paris*, 1884.

Inflammation du vagin. Vaginite. — L'inflammation du vagin n'est pas rare, mais elle n'est pas aussi fréquente qu'on se l'imaginait il y a quelques années. Elle peut exister à tout âge, chez les enfants en bas âge, chez les jeunes filles, souvent chez les femmes

mariées, pendant toute la vie sexuelle, au cours de la grossesse, après l'accouchement, après la ménopause.

Étiologie. — Pathogénie. — La blennorragie joue un rôle prépondérant dans l'histoire de la vaginite, malgré la publication de quelques travaux intéressants qui semblaient avoir pour résultat de reléguer au second plan l'influence du gonocoque sur la genèse des inflammations vaginales.

Jusqu'aux recherches de Bumm, le vagin était considéré comme le terrain classique du gonocoque, et la colpité comme une des manifestations les plus fréquentes de la blennorragie. On devine combien elle devait être souvent observée, puisque le gonocoque, qui disparaît cependant à un certain moment, était trouvé chez 10,5 p. 100 (Dorn), 12,5 p. 100 (Sänger) des femmes soumises à un examen gynécologique. Mais les examens bactériologiques ne tardèrent pas à démontrer que ce n'est pas dans le vagin que se localisent le plus souvent les gonocoques, contrairement à l'opinion préconçue des médecins qui se basaient sur la clinique pour affirmer la prédominance et la fréquence de l'infection blennorragique dans le vagin.

Il est inutile de publier des statistiques; il suffit de dire que l'urètre, la vulve avec ses annexes (en particulier les glandes de Bartholin, les glandes péri-urétrales), étaient plus souvent envahis par le gonocoque que le vagin. D'autre part, on reconnaissait que l'infection se localisait avec une grande prédilection au col utérin et se perpétuait à ce niveau, alors même que l'inflammation semblait avoir entièrement disparu. Des gonocoques furent décelés dans le canal cervical longtemps après le début des accidents et quand il semblait n'y avoir plus trace d'inflammation.

Bumm déclare que les gonocoques ne pénètrent pas dans l'épithélium vaginal qui est pour eux une barrière infranchissable. Ils peuvent se trouver, et ils se rencontrent, dans le vagin, mais ils proviennent du col en particulier. La sécrétion cervicale les amène dans le canal vaginal où ils peuvent séjourner.

Les produits infectieux qui viennent du col finissent par développer une inflammation superficielle et secondaire du vagin, mais il n'existe pas de vaginite blennorragique primitive. L'opinion de Bumm, qui est l'expression d'un fait exact, n'en reste pas moins entachée d'exagération. Dinkler a reconnu qu'il y avait des gonocoques entre les cellules épithéliales et Schwarz en a trouvé dans la profondeur des cellules épithéliales. Toulon, de son côté, rétablissant les faits cliniques et les faisant concorder avec les résultats de ses recherches de laboratoire, admet la vaginite blennorragique primitive. Il n'en reste pas moins vrai que l'épithélium du vagin, tant qu'il est intact, s'oppose au passage du gonocoque. Mais il suffit qu'il y ait une cause affaiblissant la résistance de la muqueuse pour que les microorganismes pathogènes puissent s'infiltrer et pénétrer dans les