

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 colpite 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

cellules. Quoi qu'il en soit, le pus qui séjourne dans le vagin pendant la période aiguë contient des gonocoques et est très infectieux.

La blennorrhagie est donc souvent en cause et il faut l'invoquer dans bon nombre de cas, dans la vulvo-vaginite des petits enfants, des jeunes filles, des jeunes mariées, avant l'accouchement, après le travail, où il y a souvent une infection mixte, puerpéro-gonococcique.

Mais le gonocoque n'est pas le seul microorganisme capable de donner naissance à la vaginite.

Les saprophytes et les microbes pathogènes du vagin peuvent avoir une exaltation de leur virulence, sous l'influence de causes diverses, et donner naissance à une inflammation vaginale. Parmi les microorganismes qui exercent une influence sur la muqueuse du vagin, il faut citer les staphylocoques blanc et doré, le streptocoque et le colibacille.

Les associations microbiennes et l'exaltation de la virulence expliquent la gravité de certaines formes d'inflammation vaginale.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation de certains faits, au point de vue bactériologique, il n'en reste pas moins certain que la vaginite s'observe, indépendamment de toute influence blennorrhagique, au cours de certaines fièvres éruptives, et dans d'autres circonstances, sous l'influence d'irritation et de traumatismes divers. C'est ainsi que des pessaires trop grands peuvent produire la vaginite. Des tampons ou des éponges qui finissent par s'infecter déterminent une inflammation parfois intense. Les fistules urinaires et stercorales causent assez souvent une vaginite.

Pendant la grossesse, une inflammation non gonococcienne peut apparaître. Schröder n'était pas éloigné d'admettre l'influence de la stase sanguine.

Les conditions hygiéniques mauvaises, la chlorose, etc., seraient des causes prédisposantes.

L'étiologie de la vaginite seule est obscure. Il s'agit de lésions spéciales, ainsi qu'on le verra plus loin.

Anatomie pathologique. — L'inflammation de la muqueuse vaginale peut exister à titre isolé ; il a été dit que la vaginite est rarement la localisation primitive de la blennorrhagie. Le plus souvent, l'inflammation vaginale d'origine gonococcique se montre en même temps que persiste soit l'urétrite, soit la cervicite blennorrhagique.

La muqueuse vaginale peut être atteinte dans toute son étendue, et cette inflammation généralisée se rencontre à la suite de différentes fièvres éruptives, d'une cautérisation intempestive, du passage des matières fécales dans le vagin. La blennorrhagie, à ses débuts, peut envahir la totalité du vagin, et donne aussi naissance à une inflammation du col et de l'urètre.

La muqueuse est épaissie, gonflée, rouge dans toute son étendue et

baignée par des sécrétions jaune verdâtre. Mais souvent l'inflammation se localise en certains points du vagin et il n'est pas rare de trouver le cul-de-sac postérieur rouge, luisant, alors que le reste de la muqueuse a sa coloration normale.

Comme le fait remarquer avec juste raison Schröder, il est difficile de séparer nettement l'inflammation aiguë de l'inflammation chronique. Il est préférable d'avoir en vue la vaginite subaiguë. Du reste, l'occasion de pratiquer l'examen microscopique des vagins atteints d'inflammation est rare, et force est de s'en rapporter aux descriptions classiques de Ruge.

1° *Vaginite granuleuse.* — A la surface d'une muqueuse à peu près normale, on observe des plaques plus ou moins saillantes, de la grandeur d'une tête d'épingle ou d'une lentille.

Ce qui caractérise cette forme est la production de ces petites masses qui sont constituées par l'hypertrophie des papilles, leur infiltration, leur adossement, leur fusion, et le développement très marqué de leurs vaisseaux. La granulation est donc due aux papilles augmentées de volume par l'envahissement de petites cellules et réunies plusieurs ensemble.

La vaginite granuleuse est souvent observée. La vascularisation des groupes papillaires, confluent, et la chute de l'épithélium qui les recouvre donnent à ces saillies une coloration rougeâtre qui tranche sur le reste de la muqueuse.

2° *Vaginite simple.* — L'inflammation est plus superficielle. Il n'y a pas de granulations. Les papilles sont encore hypertrophiées. La couche épithéliale présente des inégalités d'épaisseur.

Progressivement, le gonflement des papilles disparaît, par suite de l'amincissement de la couche épithéliale qui les recouvre.

On a décrit bien d'autres formes de vaginite, en se basant sur l'aspect extérieur présenté par la muqueuse enflammée.

3° *Vaginite emphysémateuse.* — Il faut signaler la *vaginite emphysémateuse* (C. Ruge) ou *colpohyperplasia cystica* (Winckel). Pendant la grossesse, il se développe parfois, aux dépens de la muqueuse vaginale, des saillies et des bosselures que séparent des sillons profonds.

Ces bosselures, ressemblant à des grains de maïs sur leur épi (Winckel), se creusent et, dans leur cavité, on trouve des gaz et du liquide. On a dit que ces cavités étaient formées par la dilatation des lymphatiques. Ruge pense que le liquide se trouve dans les espaces du tissu conjonctif ; Pozzi avance que les gaz sont dus à la désintégration moléculaire des tissus ; d'autres auteurs, que les gaz viennent du dehors et ont pénétré à travers des fissures de la paroi vaginale.

4° *Vaginite sénile.* — C'est une affection fréquente après la ménopause, ne se manifestant par aucun symptôme, si ce n'est par une leucorrhée peu abondante. Elle se caractérise, au point de vue

anatomo-pathologique, par une infiltration abondante de petites cellules au niveau des papilles et par un amincissement considérable ou une chute complète de l'épithélium vaginal au-dessus des points infiltrés. Des ecchymoses, de la largeur d'une lentille, existent au-dessous des zones d'amincissement épithélial.

5° *Vaginite pseudo-membraneuse*. — Rarement sur la totalité de la muqueuse, en certains endroits plus souvent, on trouve des fausses membranes à la suite de fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, au cours de la rougeole, de la variole, dans les affections puerpérales et, très rarement, pendant l'évolution de la blennorrhagie.

Les fausses membranes, ordinairement localisées, sont parfois très adhérentes; dans d'autres cas, elles se détachent aisément. La muqueuse voisine est souvent rouge et enflammée; parfois, elle a conservé une apparence normale.

Quand les fausses membranes ont envahi tout le vagin, les parois vaginales sont extrêmement épaisses; de sorte que le doigt peut éprouver de la difficulté à atteindre le col. La cavité du vagin est baignée par du pus et des liquides extrêmement fétides dans lesquels se trouvent des lambeaux de fausses membranes.

6° *Vaginite mycotique*. — A côté de ces formes, il faut signaler la vaginite produite par des microphytes et se manifestant par quelques démangeaisons accompagnées de sensations de brûlure. On a trouvé dans le vagin l'*Oidium albicans*, le *Leptothrix vaginalis*, etc.

Symptômes. — Le début de la vaginite est variable. Tantôt l'affection s'installe sournoisement, et c'est par l'augmentation des sécrétions vaginales, par quelques cuissons, que l'affection se manifeste. Dans d'autres cas, le début est franchement aigu; la malade éprouve des sensations de pesanteur, de tiraillement, dans les parties génitales. Des démangeaisons apparaissent; une cuisson vive se fait sentir; de véritables douleurs, avec irradiations dans les membres inférieurs, arrêtent les malades qui ressentent du malaise, de l'abattement et sont dans un état fébrile manifeste. L'écoulement est non seulement plus accentué qu'à l'état normal, mais il se caractérise encore par son abondance et par sa coloration jaunâtre, plutôt verdâtre. Le linge en contact avec les sécrétions est taché en vert, et cet écoulement détermine de l'irritation sur toutes les surfaces qui sont baignées par les liquides pathologiques.

Quand on examine ces malades, on est frappé par la rougeur de la vulve qui participe si souvent à l'inflammation. Le méat est rouge, turgescence, et il n'est pas rare qu'il soit le siège d'une sécrétion qui apparaît quand on comprime la partie inférieure de l'urètre.

Le toucher est douloureux. Parfois, il existe même un vaginisme intense qui s'oppose à toute exploration. Quand celle-ci est possible, on constate que le vagin est chaud, que la muqueuse est boursoufflée et baignée par des sécrétions abondantes. En certains points, le toucher

et la vue font reconnaître l'existence d'érosions inégalement réparties. Parfois, ce sont des granulations qui dominent et qui semblent se concentrer en certaines régions du vagin.

On a vu que l'urètre était souvent enflammé. Le col lui-même participe secondairement à l'inflammation. Il est rouge, boursoufflé, souvent éversé, et de sa cavité s'écoule un liquide épais et verdâtre.

S'il s'agit d'une vaginite pseudo-membraneuse, le gonflement de la muqueuse est considérable. Les parois vaginales sont très épaissies et le liquide qui s'écoule répand une odeur fétide, en même temps que se forment des végétations épaisses et que se montrent des phénomènes généraux sérieux.

Dans les vaginites septiques (consécutives aux fièvres éruptives, etc.), l'état général est grave.

La vaginite, quand elle est établie, n'évolue pas rapidement vers la guérison. Elle est sujette à des exacerbations, au moment des règles, sous l'influence des fatigues, etc. L'état chronique succède à l'état aigu. L'écoulement diminue ordinairement et n'est plus verdâtre. La muqueuse reste rouge en certains points. Quand on pratique le toucher, on a la sensation de granulations nombreuses. Quand on examine la malade au spéculum, on trouve des érosions en quelques points et de petites saillies au-dessus de la muqueuse.

Certaines formes, comme la vaginite sénile, la vaginite mycotique (Herff), évoluent sans grandes manifestations et ne donnent naissance qu'à une sécrétion plus abondante qu'à l'état normal et à quelques démangeaisons. Dans la forme mycotique, les parois vaginales semblent avoir été recouvertes par une certaine quantité de farine.

Complications. — Il est inutile d'insister sur les autres manifestations blennorrhagiques qui accompagnent si souvent la vaginite. Il faut cependant faire mention de l'infection ascendante (utérus, trompes, vagin), et sur les généralisations graves de l'infection (endocardite séreuse).

Diagnostic. — La vaginite est facile à reconnaître.

Cependant, dans certaines formes septiques, l'attention peut être attirée ailleurs et l'affection passe inaperçue pendant quelque temps; mais bientôt la malade et le médecin sont frappés par les phénomènes de gêne, par la douleur et par l'écoulement anormal qui sort par la vulve.

La vaginite est diagnostiquée aisément. Il suffit de pratiquer l'examen direct. Mais l'inflammation est-elle blennorrhagique? Certaines circonstances permettent d'en établir nettement l'origine et d'éliminer le gonocoque. Le plus souvent il faudra avoir recours au microscope et aux cultures. Mais la constatation du gonocoque dans les sécrétions n'implique pas qu'il existe une vaginite. Elle démontre simplement que ces microorganismes ont envahi certaines

régions des voies génito-urinaires et sont versées dans le conduit vaginal. Pour qu'il y ait vaginite, il faut que l'on constate des traces d'inflammation de la muqueuse et que, par le raclage, on en enlève des fragments qui devront contenir des gonocoques. D'autre part, la vaginite peut être nettement d'origine blennorragique, alors même qu'on ne rencontre plus de gonocoques ni dans le vagin, ni dans le col, ni au niveau du méat. C'est dans la cavité cervicale, au niveau du méat, de l'orifice des glandes de Bartholin, dans les follicules péri-urétraux, qu'il faudra s'efforcer, par des recherches multipliées, de déceler la présence des microorganismes pathogènes. On sait que le gonocoque qui semble avoir disparu apparaît subitement à l'occasion des règles, à la suite de certains excès de boisson et de table (ingestion de bière, etc.). On aura lieu de soupçonner l'intervention du gonocoque à l'aspect de certains cols rouges et éversés, et en interrogeant les malades qui se plaindront de pertes verdâtres, de douleurs pendant la miction et de la fréquence des envies d'uriner.

Pronostic. — Le pronostic de la vaginite dépend de la cause qui a produit l'inflammation. Favorable s'il s'agit d'une irritation consécutive à un traumatisme (pessaire), le pronostic devient plus sérieux si l'affection est d'origine blennorragique. La vaginite gonococcique est rebelle au traitement, même poursuivi avec persévérance; mais, ce qui est toujours inquiétant, c'est la possibilité de la propagation inflammatoire par la voie utéro-tubaire ou par les lymphatiques. Comme souvent le col est envahi très rapidement par l'infection blennorragique, la gravité de la situation dépend en réalité de l'infection utérine qu'il faudrait combattre et contre laquelle on est impuissant dans la période aiguë de la maladie.

Traitement. — Il y a lieu d'instituer un traitement actif dès que la vaginite est constatée. L'acuité des phénomènes gêne parfois l'intervention, mais il est toujours possible de prescrire des soins hygiéniques et de soumettre la malade à des injections vaginales.

Au début, il faut, de préférence, ordonner des injections tièdes au permanganate de potasse (1 p. 5000) deux fois par jour. Ces injections doivent être faites par le médecin lui-même, autant que possible, et il devra commencer par enlever soigneusement les liquides pathologiques qui baignent les parois vaginales. L'injection sera ensuite pratiquée. Il est bon de laisser dans le vagin une gaze iodoformée qui empêche le frottement et complète l'antisepsie.

Comme l'urètre est souvent pris en même temps, il est indiqué de donner à la malade des cachets de salol et, si les mictions sont douloureuses, des capsules de santal.

Au bout de quelques jours, on augmentera le titre des injections au permanganate de potasse. Vers le dixième ou le quinzième jour, on pratiquera des injections au sublimé (1 p. 2000, 1 p. 1000). Pendant toute cette période, le tamponnement à la gaze iodoformée,

que l'on défait pour pratiquer chaque injection, rendra des services.

Quand les accidents aigus sont arrêtés, quand l'inflammation vaginale subaiguë se localise, on doit toujours continuer l'usage des injections antiseptiques, celles qui sont véritablement utiles. Mais il est bon quelquefois de changer la substance active contenue dans les irrigations vaginales. Schröder recommandait de verser dans le vagin, à l'aide du spéculum, une certaine quantité de solution d'acide phénique (10 p. 100) ou de nitrate d'argent (20 ou 30 p. 100). Cette manœuvre devra être répétée tous les deux ou trois jours. Dans l'intervalle, on pourra ordonner des injections avec des solutions de sulfate de zinc ou de chlorure de zinc. Dans quelques formes chroniques rebelles, on fera, avec avantage, quelques applications locales avec une solution un peu forte de chlorure de zinc ou avec de la teinture d'iode. Quelques poudres pourront être utilisées, poudre d'iodoforme, etc.

Il est bien entendu qu'on interdira à la femme tout rapport sexuel jusqu'à ce que l'écoulement soit tari et que les gonocoques aient disparu du canal génital et de l'urètre.

Corps étrangers du vagin. — **Fréquence.** — **Origine.** — **Nature.** — Malgré la multiplicité des objets introduits dans le vagin, le nombre de ceux qui y séjournent et qui deviennent ainsi des corps étrangers, au point de vue chirurgical, est relativement restreint.

En première ligne, par ordre de fréquence, viennent ceux qui, comme les pessaires, y sont placés dans un but thérapeutique (1) et que par négligence, et aussi par ignorance, les malades laissent en place indéfiniment et dont elles oublient même l'existence. Il en est de même des tampons et des éponges abandonnés dans le vagin. D'autres objets sont introduits par les malades elles-mêmes. Le but poursuivi (masturbation, obstacle à la fécondation, ou tentatives abortives) reste le plus souvent mal précisé; les malades sont en général très sobres de renseignements dans ces cas. Ceci est d'ailleurs d'importance très secondaire. Ce qu'il est important de savoir, c'est que la liste en est longue et variée. Des éponges, des étuis, des pots de pommade, un pot de confiture (Lisfranc), des flacons, des verres de tailles diverses, un gobelet d'étain, des crayons, des fragments de bois, des bobines, des épingles à cheveux, des bijoux, des porte-monnaies, etc., ont été trouvés chez des filles publiques.

Symptomatologie. — Les corps pointus donnent lieu parfois à des accidents immédiats et souvent fort graves. Ce sont des déchirures, des plaies pénétrantes qui peuvent se limiter à la paroi vaginale, mais qui peuvent aussi atteindre la vessie, le rectum, la cavité péritonéale.

Les conséquences sont parfois des plus graves, souvent mortelles,

(1) POULET, Traité des corps étrangers, p. 606.