

ment, en d'autres termes, sur la résistance que le vagin offrira au passage de la tête de l'enfant. Si les cicatrices sont extensibles, si le vagin n'est pas trop resserré, on peut espérer que les seuls efforts de la nature triompheront de la résistance des tissus. Denman remarque « que, dans le grand nombre de cicatrices du vagin qu'il a vues, il n'a jamais rencontré un seul exemple de dystocie par suite de ces cicatrices, quand du moins les contractions utérines avaient leur énergie habituelle. Les accouchements ont été, il est vrai, plus longs, mais ils ne s'en terminaient pas moins heureusement.

Kask et Purefoy ont cité deux cas semblables à ceux de Denman.

Il y a des moyens de faciliter la distension du vagin en relâchant les tissus. Hamilton, Davis et d'autres, ont réussi en pratiquant de larges saignées. Nous devons à Kennedy la première application de l'émétique en pareil cas : ce moyen paraît avoir réussi tout aussi bien que la saignée, et cela avec beaucoup moins de perte de forces pour la malade. Si donc on décidait que le rétrécissement n'exige pas une intervention plus active, il faudrait avoir recours à ces divers moyens ; mais quand le rétrécissement est considérable, quand il ne reste plus qu'un petit conduit circulaire très-resserré, il est tout à fait hors de propos d'abandonner les choses à la nature. Le danger des rétrécissements du vagin, au moment du travail, ne vient pas seulement de ce que l'espace qui reste pour le passage du fœtus est plus étroit, mais encore de ce que l'inflammation a modifié la structure de tous les organes adjacents. Le vagin est moins en état de supporter une dilatation forcée, et si la portion rétrécie arrête trop longtemps la tête au passage, il se fera très-probablement au-dessus de l'obstacle une rupture, s'il existe quelque solution de continuité antérieure. Si, au contraire, il y a déjà une fistule, cette fistule devient très-facilement une large déchirure : deux organes distincts se trouvent réunis, et ainsi se produit une des plus affreuses calamités qui puissent arriver à une femme.

Cette description de Doberty (1) n'est que trop vraie : une infirmité incurable ou la mort de la mère, et la mort de l'enfant comme conséquence nécessaire : telles sont les raisons qui ne permettent pas d'hésiter sur l'opportunité d'une opération, et surtout d'une opération très-prompte. Sans doute il y a le danger de voir les incisions se transformer en fistules, mais c'est le seul moyen d'augmenter les chances de salut pour la mère. Si, après les incisions et l'emploi de l'émétique, le rétrécissement résiste encore, on doit avoir recours à la craniotomie, et cela sans la moindre hésitation. Il faut se rappeler d'ailleurs que cet enfant, qui est le grand obstacle au salut de la mère, ne pourra pas lui-même survivre à une rupture de l'utérus.

Enfin, quand le vagin est complètement oblitéré sur un point ou dans une certaine étendue, il faut encore ne pas hésiter à attaquer l'obstacle

(1) Doberty, *Dublin Journal*, t. XXI, p. 70.

avec le bistouri. Il se peut qu'une fois l'incision faite, le travail s'achève tout naturellement, sans danger pour la mère ou pour l'enfant ; ou bien il se peut que les tissus offrent encore assez de résistance pour compromettre la vie de l'un et de l'autre. Si nous sommes sûrs de cette condition, il n'y a encore qu'une ressource, la craniotomie. Inutile de dire que jamais le forceps n'est admissible pour un vagin qui présente des cicatrices.

Le traitement de tous ces cas divers exige donc les plus grands soins et la plus grande attention. Le danger d'une inflammation péritonéale ou vaginale est toujours imminent. Le repos le plus absolu, des fomentations chaudes sur la vulve, des injections vaginales tièdes de lait et d'eau, de petites doses de mercure devront être employées immédiatement ; et si, malgré ces précautions, la péritonite se déclare, on la combattra par les moyens ordinaires, la saignée, des sangsues et du mercure. Si la malade se rétablit, le médecin devra faire tous ses efforts pour empêcher qu'un nouveau rétrécissement ou de nouvelles adhérences ne se reproduisent.

Tous ces faits appellent l'attention sur la nécessité de prendre des mesures prophylactiques dans les cas d'accouchement difficile ou après l'emploi des instruments. Dans tous les cas où il s'est produit une inflammation ou une ulcération à la suite de l'accouchement, il faut se rappeler les chances de difformité qui peuvent être la suite de ces inflammations, et l'on doit porter la plus scrupuleuse attention sur l'état du vagin.

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

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

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 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 étheriserait 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 m'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

(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).

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 j'ai 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 moi un si grand nombre d'exemples, et j'ai si constamment vu qu'elle était la source de la mauvaise santé et du malheur dans les familles, que je me regarderais comme coupable de ne pas en parler.

J'ai dit que des rapports sexuels incomplets étaient très-fréquents, mais je puis ajouter qu'ils sont relativement très-rare 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. Je n'ai jamais vu un cas de rétrécissement aussi prononcé que celui de Marion Sims, sauf une ou deux fois où l'hymen était d'une résistance inaccoutumée; mais j'ai 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. J'en ai 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 admise par le plus grand nombre des médecins.

Voici à ce sujet quelques-unes des conclusions de l'excellente thèse du docteur Visca (1), de Montevideo.

« Le vaginisme est un état particulier des organes sexuels de la femme caractérisé surtout par la contraction involontaire et douloureuse du sphincter vaginal, de tout le vagin souvent et parfois de plusieurs plans musculaires du périnée et de 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 postérieures 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.]]

§ II. — Symptômes.

Quelquefois, au moins pendant un temps, la santé générale n'est que fort 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 : j'ai 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 et très-ennuyeux, c'est l'irritabilité 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. J'ai acquis la certitude que 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.

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

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 arrivaient à une telle intensité, qu'il en résultait une irritation nerveuse excessive et les plus grands troubles nerveux. J'ai vu quelquefois la menstruation devenir irrégulière, quelquefois 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. J'ai vu moi-même trois 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, je me suis trouvé très-bien des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent, dont je variais la force depuis 25 centigrammes jusqu'à 2 grammes pour 30 grammes d'eau; je fais 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 je ne cautérise pas, je prescris 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 sel de nitre, 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; je veux parler du bromure de potassium. M. 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

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

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 dilatateur. 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 dilatateur conique, de métal ou de cristal, que l'on devra garder deux heures de suite et deux fois par jour. Le spéculum bivalve de Coexter ferait encore très-bien l'affaire. On augmente imperceptiblement la dilatation avec un tour de vis.

Les dilateurs dont je me sers 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 1/2 centimètre jusqu'à 6 centimètres de diamètre. Je commence toujours par les plus petites bougies, de manière à ne causer ni douleur ni spasme, et je les introduis 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 dilatateur 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 j'ai constaté qu'il donnait des résultats plus satisfaisants que les procédés plus rapides. On arrive ainsi très-sûrement à une dilatation suffisante.

Dans les divers cas que j'ai eu à observer, je n'ai 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 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 dilatateur. Sims se sert habituellement d'un dilatateur de cristal, quelquefois d'un dilatateur de métal. Si l'hémorrhagie est abondante, il introduit tout de suite le dilatateur. Autrement, il attend vingt-quatre heures, et le laisse en place deux, trois ou quatre heures.

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 l'objet des recherches les plus minutieuses de la part de Tyler Smith. Il a d'abord établi avec soin l'ancienne distinction de la leucorrhée vaginale et de la leucorrhée utérine, et par des recherches microscopiques, il a élucidé divers points qui avaient d'abord été étudiés 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 j'ai observés m'ont été surtout fournis par des femmes nouvellement mariées ou à la suite de l'impression du froid.

§ I. — Causes.

Les causes principales sont le froid, des violences, comme dans le viol, des rapports sexuels trop fréquents, le coït pratiqué trop tôt après un accouchement, une nourriture trop substantielle, ou l'extension d'une

(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.