

CHAPITRE II

VULVO-VAGINITE

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La vulvo-vaginite est le plus souvent d'origine *blennorrhagique*. Mais il faut aussi compter, en dehors même de l'état puerpéral, avec les microbes *septiques* qui, associés ou non avec les microbes de la putréfaction ou autres, venus du dehors, engendrent sans doute ces vulvo-vaginites de cause encore *indécise*, mais certainement *non gonococciennes*, que Comby a particulièrement étudiées chez les petites filles.

La *tuberculose* engendre l'une des espèces du faux groupe de l'*esthiomène*. Il est prouvé que la tuberculose vulvaire a pu succéder à des contaminations directes, par exemple à des lavages dans une cuvette où crachait un phtisique (cas de Bar, Gaucher, Barthélemy).

Le *bacille diphtéritique* peut produire, à la vulve et dans le vagin, ses fausses membranes caractéristiques.

Sous le nom de vulvite *aphteuse*, Parrot a décrit une affection vulvaire, plus particulière au jeune âge, se rattachant aux fièvres éruptives et le plus souvent à la rougeole.

Les vaginites liées aux *fistules* constituent, au point de vue étiologique, une catégorie toute spéciale que nous avons déjà étudiée.

Enfin la *gangrène* de cause inflammatoire se rattache à l'infection puerpérale, à la vulvite aphteuse, à la pustule maligne, aux plaies infectées quelconques.

Nous renvoyons au chapitre I^{er} pour toutes les notions relatives aux causes prédisposantes et aux modes de transport des germes.

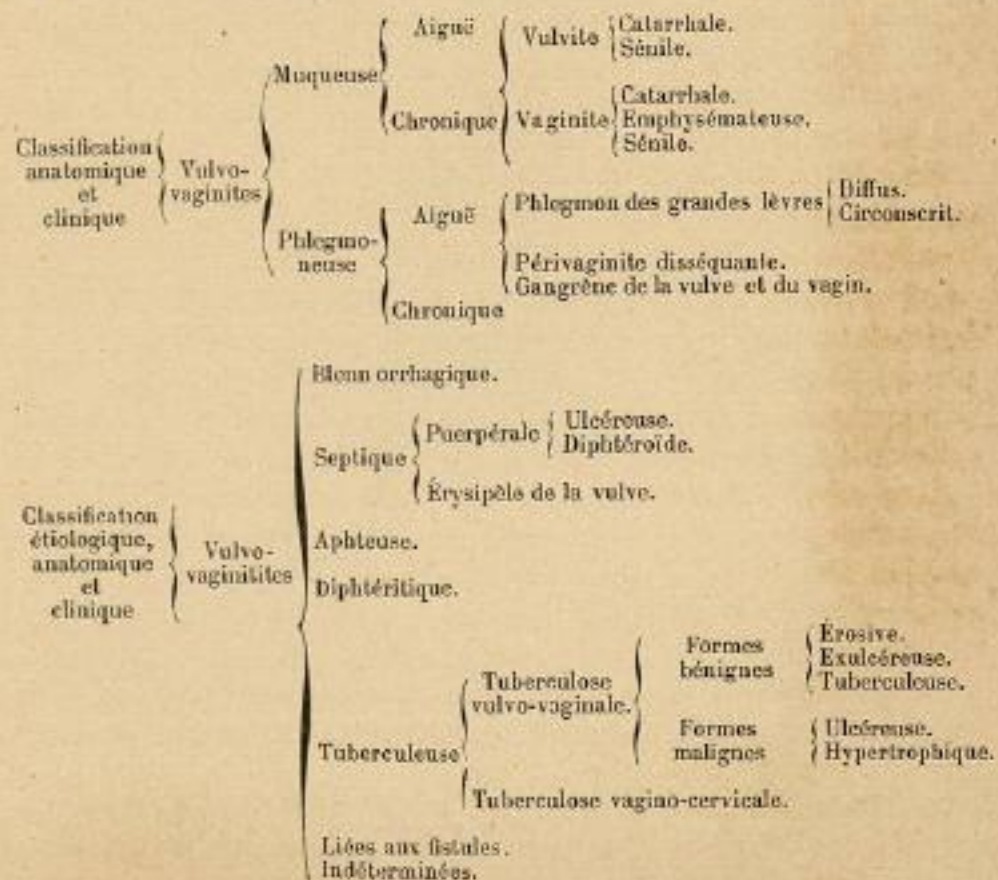
Après avoir vécu de sa vie propre et engendré la métrite, la vaginite est ordinairement entretenue par cette dernière lésion, sur laquelle on devra donc concentrer les efforts de la thérapeutique.

On désigne sous les noms de *vaginite emphysémateuse*, *pachyvaginite kystique*, *colpohyperplasie kystique* (Winckel), *emphysème vaginal* (Herman), une affection assez rare du vagin, rencontrée plus particulièrement au cours de la grossesse, et dont l'origine est assez discutée. L'infiltration gazeuse se ferait, d'après C. Ruge, dans les mailles du tissu conjonctif et, d'après Chiari, dans les capillaires du système lymphatique obturé par l'endothélium tuméfié. Næcke

(3 cas) pense qu'il se produit d'abord de petites fissures du vagin et que l'air pénètre dans ces fissures dont les bords se rejoignent par la suite. Eppinger, Chenevière (3 cas) adoptent aussi la théorie de l'emphysème. Schröder, Herman croient qu'il y a décomposition de la sécrétion des follicules. Pour Zweifel, il y a simplement obturation de leur conduit excréteur. Eisenlohr et, après lui, Klein, ont trouvé à la coupe de petits bacilles qui, cultivés sur l'agar et la gélatine, y développaient des gaz.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La vulvo-vaginite est aiguë ou chronique, bornée à la muqueuse ou étendue au tissu cellulaire voisin; cette dernière forme est très exceptionnelle, si l'on met à part le simple œdème de voisinage. Il y a également matière à différencier les variétés blennorrhagique, septique, aphteuse, diphtéritique, tuberculeuse, en s'appuyant à la fois sur l'élément étiologique et sur les lésions.



a. Formes anatomiques et cliniques.

I. Vulvo-vaginite muqueuse.

La vulvite *catarrhale aiguë* s'accompagne toujours d'un certain degré d'œdème qui se rattache parfois à des lymphangites réticulées ou en nappe. La bartholinite, ou inflammation des glandes de Bartholin, qui en dépend, peut être bornée au conduit excréteur ou étendue au corps même de la glande. Huguier distinguait l'abcès glandulaire lui-même en abcès *parenchymateux* et abcès *interfolliculaire* ou *granuleux*, suivant que le pus occupe les acini glandulaires eux-mêmes ou le tissu interstitiel. Les fistules qui succèdent à l'ouverture de ces abcès peuvent être très variées comme nombre, direction et anastomoses.

La *vulvite sénile* n'est qu'une dépendance de la vaginite de même origine.

La vaginite *catarrhale* est caractérisée par l'hyperémie et la prolifération embryonnaire du derme muqueux, par l'hypertrophie des papilles, par l'épaississement ou, au contraire, la disparition du revêtement épithélial au niveau des papilles. Suivant qu'il y a ou non fusionnement de leurs saillies, la vaginite est *simple* ou *granuleuse* (Ruge); leur hypertrophie peut être telle qu'elles arrivent à produire de véritables végétations (ou *papillomes*).

La vaginite *emphysémateuse* est caractérisée par des nodules pouvant atteindre la grosseur d'un pois, renfermant des gaz constitués, d'après Zweifel, par la triméthylamine et qui seraient épanchés normalement par les glandes vaginales. Un certain nombre de ces vésicules pourraient aussi contenir un liquide séreux ou sanguinolent (Winckel).

Dans la vaginite *sénile*, ou mieux, à *type sénile* (car on peut rencontrer cette forme de vaginite avant la ménopause), on rencontre des granulations et des ulcérations superficielles, liées à l'atrophie de la muqueuse, et qui aboutissent à la formation d'adhérences, et même à l'oblitération complète du conduit.

II. Vulvo-vaginite phlegmoneuse.

Le *phlegmon aigu des grandes lèvres* est circonscrit ou diffus. Celui-ci est en rapport avec l'érysipèle et ne mérite pas de description spéciale. Le phlegmon circonscrit n'est le plus souvent que l'extension de la bartholinite (fig. 51). Exceptionnellement le pus se localise aux petites lèvres.

Sous le nom de *péri-vaginite phlegmoneuse disséquante*, on a décrit une affection très rare et qui consiste dans la suppuration du tissu cellulaire péri-vaginal.

La *gangrène* de la vulve et du vagin ne présente rien de particulier.

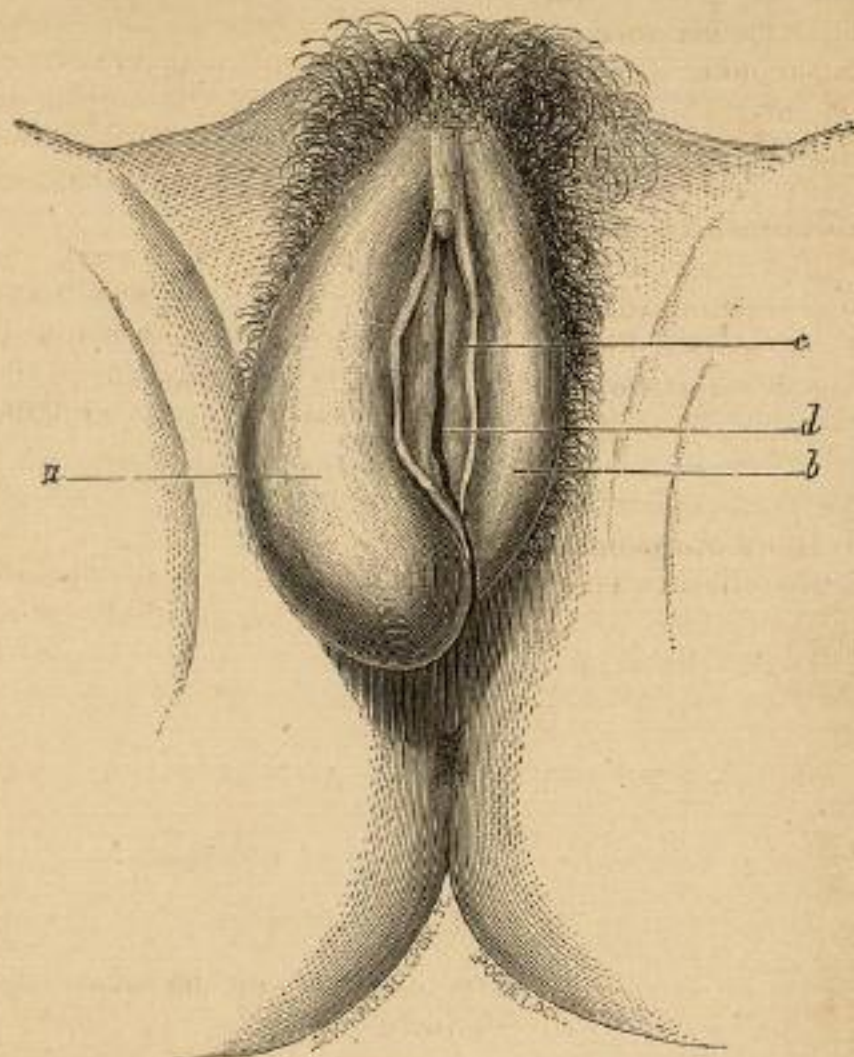


Fig. 51. — Phlegmon des grandes lèvres.

A la suite de lésions quelconques, cutanées ou muqueuses, de longue durée, les tissus de la vulve subissent une hypertrophie conjonctive accompagnée d'œdème et plus ou moins généralisée.

b. Formes étiologiques, anatomiques et cliniques.

Vulvo-vaginite blennorrhagique. — Elle ne se distingue des autres formes de la vulvo-vaginite commune que par la présence du gonocoque.

Vulvo-vaginite septique. — La forme *puerpérale* présente deux variétés principales : la variété *ulcéreuse* et la variété *diphthéroïde*.

L'*érysipèle* de la vulve n'offre, au point de vue anatomique, rien de particulier.

Vulvite aphteuse. — Débute par des vésicules semblables à des aphtes auxquelles succèdent des ulcères.

Vulvo-vaginite diphthéritique. — Doit être distinguée de la *vaginite croupale* ou *diphthéritique* des Allemands, nom qui s'applique simplement à une escharification diphthéroïde banale.

Vulvo-vaginite tuberculeuse. — Il y a lieu de distinguer la *vulvo-vaginite proprement dite* et la *vagino-cervicite*.

La tuberculose vulvo-vaginale est actuellement bien démontrée par le résultat des inoculations et la recherche du bacille faite avec succès par Cornil, Zweigbaum, Fernet, Viatte, etc. Il faut cependant savoir qu'on peut ne trouver, dans les hypertrophies conjonctives, malgré des examens minutieux et prolongés, ni cellules géantes, ni foyers caséux, ni bacilles de la tuberculose, mais des proliférations péri-vasculaires et des nodules embryonnaires assez semblables à des gomme syphilitiques.

Les tubercules de la surface vaginale du col siègent au-dessous de l'épithélium pavimenteux et sont constitués par des cellules géantes entourées de cellules rondes.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

a. Formes anatomiques et cliniques.

I. Vulvo-vaginite muqueuse.

Le type de la vulvo-vaginite *catarrhale* est la vulvo-vaginite blennorrhagique que nous décrivons plus bas.

La vulvo-vaginite *sénile* est caractérisée par des ulcérations, avec amincissement de la muqueuse, atrésie du conduit, et parfois, formation de brides. Elle s'accompagne de leucorrhée et de cuisson qui peut être très vive.

Les saillies de la vaginite *emphysémateuse* peuvent échapper facilement à l'examen. Elles sont dures et sèches au toucher. Quand elles offrent un certain volume et qu'on vient à les piquer, elles s'affaissent avec un petit bruit sec, ou bien, si l'on a eu le soin de verser, au préalable, de l'eau dans le spéculum, on voit une petite bulle de gaz apparaître à la surface du liquide. Ces saillies peuvent s'accompagner d'un écoulement qui disparaît avec elles.

II. Vulvo-vaginite phlegmoneuse.

Le *phlegmon diffus* des grandes lèvres et la *gangrène vulvo-vaginale* n'offrent rien de particulier au point de vue du diagnostic. Comme nous l'avons dit, le *phlegmon circonscrit* est le plus souvent lié à la bartholinite.

La *périvaginite disséquante* est une affection extrêmement rare que l'on reconnaîtra à la fluctuation périvaginale et à la coexistence d'un phlegmon pelvien

b. Formes étiologiques, anatomiques et cliniques.

I. Vulvo-vaginite blennorrhagique.

1° Vulvite.

A. Vulvite aiguë. — Dans la forme aiguë de la vulvite blennorrhagique, la muqueuse, tuméfiée, uniformément plus rouge qu'à l'état normal et piquetée de points plus rouges encore, souvent excoriée, est, au début, le siège d'un prurit assez prononcé, qui se transforme bientôt en cuisson ou en douleurs vives. Entre les parties tuméfiées, suinte un liquide jaune verdâtre qui, par son contact avec la peau, y détermine une dermatite intertrigineuse et eczématoïde, pouvant occuper toute la région qui s'étend de l'anus au pubis. Il y a presque toujours, au début de la vulvite aiguë, des érosions et de petites élevures purulentes et jaunâtres, dénommées herpès, bien qu'à proprement parler ce soient des pustulètes gorgées des microbes de la suppuration (Barthélemy). Le méat uréthral est gonflé, douloureux; la muqueuse de l'urèthre est rouge, boursoufflée, granuleuse et facilement saignante. En pressant sur la face inférieure du conduit et sur les follicules péri-uréthraux, on fait sourdre un liquide identique à celui de la vaginite, mais souvent plus épais et plus irritant. Les douleurs de la miction sont beaucoup moins vives que chez l'homme, mais existent incontestablement. L'adénite inguinale est fréquente, mais suppure rarement.

Les glandes vulvo-vaginales, déjà kystiques ou non, sont souvent intéressées, symétriquement ou l'une après l'autre; l'infection peut se localiser à leur conduit excréteur, ou gagner la profondeur de leurs culs-de-sac. Dans le premier cas, il peut n'y avoir qu'un suintement purulent exagéré par la pression, ou bien il se produit une inflammation aiguë formant tumeur et pouvant

aboutir à un abcès qui ne dépasse pas le volume d'une noix.

Au début, la malade éprouve une sensation de démangeaison, de cuisson, au niveau de la petite lèvre; celle-ci est rouge, chaude, et l'orifice de la glande est entouré d'un cercle plus vivement coloré. Bientôt le conduit se dessine et se gonfle, entraînant la tuméfaction et le déplissement de la nymphé: la tumeur est constituée. Elle présente les mêmes caractères de siège et de volume que les kystes du conduit avec, en plus, ceux de l'inflammation, c.-à-d., douleur, coloration intense de la muqueuse et chaleur de la région. En quatre ou cinq jours, le pus s'est formé, et la pression le fait sourdre par l'orifice; ou bien, si celui-ci est obturé, il se fait jour spontanément et dans son voisinage: l'ouverture se fait ordinairement à la base et à la face interne de la petite lèvre, quelquefois sur son bord libre, jamais à sa face externe, d'après Huguier.

Avant ou après l'évacuation du pus, l'inflammation peut gagner le corps de la glande, rester localisée à son parenchyme ou s'étendre au tissu interfolliculaire (*abcès parenchymateux et abcès granuleux* de Huguier). Dans ces cas, la douleur est plus profonde, plus intense, lancinante, s'irradie vers le périnée, le rectum, l'ischion, le pubis, l'aîne; il peut y avoir un peu de fièvre et d'embarras gastrique. La grande lèvre est rouge et gonflée, d'abord dans son ensemble; puis apparaît, à sa face interne, une saillie qui efface le pli nympho-labial, occlut le vagin, et se porte en bas vers la fourchette et l'ischion: ses dimensions peuvent atteindre celles d'un œuf de poule. La grande lèvre, comme allongée par en bas, est œdématueuse et tendue. Au bout de quelques jours, elle devient fluctuante dans sa profondeur. Le pus se forme vite, en effet, et se fait jour: rarement par le conduit excréteur, ordinairement dans son voisinage et, assez souvent, par plusieurs orifices communiquant entre eux. Il est épais, filant, jaune ou verdâtre, parfois strié de sang, et inodore dans les cas aigus. Après ouverture naturelle, il reste un trajet fistuleux; ou bien, celui-ci s'obture et l'abcès récidive: la résolution ou la guérison spontanée et définitive sont exceptionnelles.

L'inflammation peut dépasser les limites de la glande et envahir la grande lèvre; c'est même la cause presque unique des suppurations de celle-ci. Les aponévroses, qui forment une loge à l'organe, ne présentent pas non plus, par ailleurs, une barrière infranchissable au pus qui, malgré l'opinion de Huguier, A. Guérin, Courty, etc., peut les perforer, acquérir au voisinage du rectum une odeur fétide, s'ouvrir une voie vers le périnée ou le rectum,

et donner lieu à des fistules *vulvo-périnéales, recto-vulvaires, recto-vulvo-périnéales*; mais c'est là une complication rare.

B. Vulvite chronique. — A l'état chronique, les lésions se cantonnent dans l'urèthre, dans les glandes de Bartholin et dans les follicules glandulaires disséminés sur le vestibule, à la base des petites lèvres, autour de la fourchette.

La *folliculite vulvaire blennorrhagique* (Martineau) se manifeste, à une première poussée aiguë, par le pointillé rouge dont nous avons parlé, et, à l'état chronique, par des saillies de coloration analogue, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois, qui se voilent d'une gouttelette de pus sous la pression. Un stylet fin permet d'accéder, par le centre de ces saillies, dans de petites cavités de 1 à 2 millimètres de profondeur, qui peuvent se transformer en fistules borgnes externes ou complètes. Les follicules de la fourchette s'ouvrent vers la muqueuse anale; les follicules péri-uréthraux (Martineau), dans l'urèthre, le vagin, le vestibule; les follicules intra-uréthraux, vers le vagin, créant ainsi, à une certaine période de leur évolution, une variété d'uréthrocèle.

A la forme aiguë de la bartholinite peut succéder la *forme chronique* qui, souvent aussi, s'établit d'emblée. Cette dernière a été bien décrite, comme localisation rebelle de la gonorrhée, par Hamonic, et a fait le sujet de la thèse de R. Fauvel. Huguier l'appelait *hypersécrétion purulente*, et cette dénomination est parfaitement descriptive. En effet, il n'y a pas ici de phénomènes généraux; la tumeur manque ou consiste dans une simple induration hypertrophique de la glande; la muqueuse est rouge, il est vrai, mais par irritation due au contact du pus. Celui-ci est séreux, acide, jaune verdâtre ou lactescent; il apparaît dès qu'on écarte les petites lèvres ou qu'on presse sur la glande ou sur son conduit, et s'échappe, soit par l'orifice normal marqué d'une tache rouge sombre (macule gonorrhéique de Sânger), soit par une ouverture fistuleuse.

C'est là une forme tenace, qui ne guérit pas seule, et qui est susceptible de poussées aiguës. De nature à peu près exclusivement spécifique, elle constitue un dernier rempart de la blennorrhagie qui a pu disparaître de ses autres localisations, et rend dangereuse une femme en apparence saine.

Dans l'uréthrite chronique, il n'y a pas de chémosis marqué, mais une simple rougeur de la muqueuse avec béance paralytique du méat et suintement séro-purulent à la pression. L'uréthrite existe, pour ainsi dire, toujours. Sur 2000 cas, Martineau ne l'a pas vu manquer une fois et Steinschneider en fait la localisation primitive du mal.

2° Vaginite.

A. Vaginite aiguë. — La vaginite aiguë, d'origine blennorrhagique, se reconnaît à une rougeur intense de la muqueuse, accompagnée de boursoufflement de ses replis et de saillie des papilles, avec écoulement d'abord verdâtre, puis jaunâtre, sensation de prurit ou de brûlure dans le vagin, douleur vive et contracture à l'introduction du doigt, ténésme anal.

B. Vaginite chronique. — A l'état chronique, la blennorrhagie vaginale se cantonne de préférence dans les culs-de-sac du vagin et c'est là qu'il faut la poursuivre de propos délibéré. C'est là et dans le col qu'il faut recueillir les matériaux nécessaires à la recherche et à la culture du bacille caractéristique.

II. Vulvo-vaginite septique.

Vulvo-vaginite puerpérale. — La *vulvo-vaginite puerpérale* se présente sous deux formes principales : la *forme ulcéreuse* et la *forme diphtéroïde*.

Dans la *forme ulcéreuse*, les tissus infiltrés, tuméfiés, sont revêtus d'un enduit jaunâtre ou noirâtre, qui se détache au bout de quelques jours. Il en résulte une ulcération qui peut s'étendre progressivement en gagnant le vagin et l'utérus.

Dans la *forme diphtéroïde*, il se produit des fausses membranes blanchâtres, analogues à celles de la diphtérie, et qui sont farcies de streptocoques.

Erysipèle de la vulve. — L'érysipèle de la vulve est très rare. Certaines femmes en seraient atteintes d'une façon périodique, à l'époque de leurs règles. Il s'accompagne parfois d'un œdème considérable, d'abcès des grandes lèvres, de phlyctènes en grappes transparentes, citrines ou perlées.

III. Vulvite aphteuse.

Elle débute par des vésicules semblables à des aphtes, auxquelles succèdent des ulcères arrondis, cupuliformes, à bords taillés à pic, à base indurée et gonflée, et recouverts d'une pulpe grisâtre. Ces ulcères, faute de soins, peuvent se transformer en plaques de sphacèle et s'étendre au périnée, au pourtour de l'anus et jusqu'aux plis génito-cruraux.

IV. — Vulvo-vaginite diphtéritique.

Elle est primitive ou n'est que la localisation secondaire d'une infection généralisée.

V. — Vulvo-vaginite tuberculeuse.

1° Tuberculose vulvo-vaginale (*esthiomène tuberculeux*).

La tuberculose chronique, ou *lupus* de la vulve, se présente, comme le *lupus* de la face, sous deux formes principales : une *bénigne* et l'autre *maligne*.

La *forme bénigne* comprend trois variétés : la *variété épithéliale*, qui se manifeste sous forme d'érosions localisées et peut être impossible à différencier autrement que par l'inoculation.

La *variété exulcéreuse*, très douloureuse; il peut y avoir des points jaunes disséminés autour des exulcérations comme ceux que Trélat a décrits sur la langue.

Enfin, la *variété nettement tuberculeuse*, qui se présente sous forme de tubercules arrondis dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois : ils sont crus et durs, ou ramollis et ulcérés, disséminés ou groupés; parfois ils se fusionnent et forment des ulcérations irrégulières, plus ou moins profondes et étendues, anfractueuses, violacées, déchiquetées, serpentineuses, ayant tendance à guérir d'un côté tandis qu'elles s'étendent de l'autre, d'une ténacité extrême. La contagion à l'homme a été assez souvent signalée (Fernet, Jullien, Barthélemy).

La *forme maligne* se distingue de la précédente par la profondeur des ulcérations qui peuvent déterminer des fistules rectales, vésico-vaginales (*variété ulcéreuse*); par l'épaississement et l'induration des tissus (*variété hypertrophique*); qui peut persister seule après extinction du processus ulcéreux. Dans certains cas, il s'établit un véritable phagédénisme, des mutilations de la vulve, des destructions des petites lèvres, des perforations et des suppurations vulvo-vaginales, des ulcérations moitié cutanées, moitié muqueuses, compliquées d'œdème, de sclérome, d'induration.

2° Tuberculose vagino-cervicale.

La tuberculose, au lieu d'occuper la vulve et l'entrée du vagin, peut encore se localiser au fond de ce conduit et à la surface vaginale du col ou, exclusivement, en ce dernier point.

Les tubercules de la surface vaginale du col se présentent, avant de s'ulcérer, sous forme de grains transparents, opaques ou jaunâtres, qu'une simple ponction suffirait, en cas de doute, à distinguer de la folliculite. Les ulcérations tuberculeuses de la même région, quand elles sont entourées d'un semis de granulations, sont aussi faciles à distinguer que sur toute autre muqueuse; ce semis peut manquer, mais, en son absence, on pourra encore être mis sur la voie du diagnostic par le liquide épais, jaunâtre et *grumeleux* qui recouvre la perte de substance.

VI. — Vulvo-vaginites indéterminées.

Les vulvo-vaginites de cause indéterminée, saprophytique ou autre, se distingueront de la vulvo-vaginite blennorrhagique par l'absence du gonocoque et l'intégrité de l'urèthre, chez la femme, par l'interrogatoire et l'examen de l'auteur présumé de la contagion.

PRONOSTIC ET MARCHE

La vulvite blennorrhagique, dans sa forme aiguë, évolue en l'espace de huit à quinze jours. Mais, à l'état chronique, elle peut être extrêmement tenace et cette particularité n'intéresse pas seulement la malade, car, dans la très grande majorité des cas, l'écoulement est contagieux.

La durée moyenne de la vaginite blennorrhagique est toujours de six à huit semaines pour les cas d'intensité modérée. Ceux qui guérissent le plus rapidement évoluent en trois ou quatre semaines; d'autres peuvent se prolonger de trois à six mois: c'est qu'alors la vaginite n'est plus simple, qu'elle est entretenue, voire reproduite, par des écoulements venus de l'urèthre, des glandes vulvo-vaginales et surtout du col utérin.

Les vulvo-vaginites catarrhales, non blennorrhagiques, guérissent rapidement sous l'influence de moyens simples.

Les inflammations aphteuse et puerpérale, si elles ne sont soignées, aboutissent rapidement à la gangrène.

La marche de la tuberculose vulvaire est très lente et le pronostic, très défavorable. On a avancé que cette affection pouvait guérir; mais il est certain qu'elle récidive fréquemment après les traitements les plus énergiques. Les malades meurent ordinairement de phtisie, moins souvent de péritonite par propagation, de salpingite, de cystite, de pyélonéphrite et d'abcès du rein (cas de Bar).

TRAITEMENT

a. Vulvo-vaginite blennorrhagique.

Au début de la vulvite aiguë, on ordonnera le repos au lit, deux bains de siège à l'eau bouillie, par jour, et l'isolement des lèvres avec des lamelles d'ouate hydrophile antiseptique, imbibées d'une solution de sublimé à 1/3000. On touchera, en même temps, les érosions avec la solution de nitrate d'argent à 1/30.

A l'urétrite, on opposera d'abord des boissons abondantes et diurétiques, puis un traitement antiseptique et cathérétique: crayons médicamenteux à l'iodoforme (Sänger), à l'ichtyol; badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent à 1/30, l'huile résorcinée à 1/100; électrolyse d'une minute de durée, à la dose de 20 à 30 milliampères (Barthélemy).

Les follicules suppurés seront cautérisés au galvano-cautère ou, simplement, avec un stylet rougi au feu. Puis l'on fera des irrigations au permanganate de potasse à 1/4000, et enfin des pulvérisations, soit de talc et acide borique, soit de bismuth, iodoforme, oxyde de zinc et tan.

La bartholinite aiguë, si elle est limitée au conduit excréteur, sera traitée par l'incision au couteau de Webber et la cautérisation au nitrate d'argent. Si elle est étendue au corps de la glande, il faut recourir à l'ouverture large, suivie de lavage au sublimé, de badigeonnage à la solution de nitrate d'argent à 1/30 et de tamponnement à la gaze iodoformée. Ce traitement suffit le plus souvent. En cas d'insuccès, ou si l'on se trouve d'emblée en présence d'un cas chronique, avec ou sans fistules, il faut recourir, sans hésiter, à l'extirpation complète au bistouri. On a conseillé l'emploi de la curette de Volkmann pour arracher tous les lobules de la glande, après incision simple des téguments; mais le tissu glandulaire fuit sous la pression de l'instrument et peut lui échapper en partie, servant ainsi de point de départ à une fistule, à un nouvel abcès. Ce n'est donc là qu'un moyen adjuvant qu'on mettra en œuvre, au cas où l'on aurait quelques doutes sur l'action complète du bistouri.

Une question se pose, qui a été longtemps résolue par la négative, aussi bien pour la bartholinite que pour les interventions plus sérieuses communément pratiquées aujourd'hui sur les organes génitaux internes de la femme: c'est celle de l'opportunité du traitement chirurgical au cours de la grossesse. Si, en présence d'un kyste, de volume moyen et stationnaire, on a

le droit d'hésiter, il n'en est plus de même s'il s'agit d'un abcès. L'indication est nette : il faut supprimer, et le plus rapidement possible, une source d'infection presque certaine au cours du post-partum. Ainsi avons-nous agi dans plusieurs cas avec un plein succès. Si l'on craignait l'avortement, crainte que nous estimons exagérée, à moins qu'il ne s'agisse de femmes à réflexes singulièrement faciles, on pourrait attendre, avant d'opérer, la fin du septième mois.

Le traitement direct de la vaginite repose principalement sur l'emploi d'injections, de tamponnements, d'insufflations de poudres médicamenteuses et de badigeonnages.

A la période suraiguë de la vaginite blennorrhagique, on aura recours aux injections, à la fois émollientes, calmantes et faiblement antiseptiques, soit, par exemple, la suivante : feuilles de coca 5 grammes, espèces émollientes 25 grammes, pour 1000 grammes de décoction qu'on additionnera de 20 grammes d'acide borique. Mais l'injection la plus communément employée est l'injection d'eau bouillie tiède, additionnée d'une très faible quantité de sublimé (1/4000).

Quand la période initiale sera passée, on forcera le titre des lavages antiseptiques : sublimé à 1/3000 — permanganate de potasse à 1/4000 — ou encore, chlorure de zinc ou sulfate de zinc et eau \tilde{a} : 1 cuillerée à bouche par litre — chloral à 30/1000, etc. — Dès que l'application du spéculum sera possible, on fera suivre les lavages d'insufflations de poudre d'iodoforme, plus actif que le salol ou la poudre d'acide borique, conseillés dans le même but. On appliquera ensuite un tampon antiseptique, sec ou imbibé d'un topique dont le véhicule sera la glycérine, qui favorise la filtration des liquides pathologiques, ou l'huile, le rétinol qui facilitent la pénétration de l'agent actif; nous recommandons particulièrement la glycérine iodoformée à 5/100, le rétinol résorciné à 1/100. — Balzer et Chevalet ont conseillé l'emploi d'ovules pouvant être employés en pansements rares, tous les quatre ou cinq jours seulement, et composés d'un mélange de rétinol et de colophane qu'on additionne d'une quantité suffisante de poudre de tan. Barthélemy, à Saint-Lazare, commence par de très abondantes irrigations antiseptiques, plusieurs litres de solution de sublimé à 1/2000 — ou d'acide phénique au 100° — ou de permanganate à 1/4000 — ou borico-naphtolée — puis il badigeonne avec le nitrate d'argent (solution au 100°) — pulvérise une très abondante quantité de poudre, soit de tan, soit de talc et bismuth, soit d'iodoforme et de dermatol — et enfin, met un tampon d'ouate antiseptique imbibé d'huile vé-

gétale 10, eau de chaux 30, résorcine 1 à 2 grammes. Entre temps, des bains de Barèges sont pris avec une canule vaginale en métal, treillagée et nickelée.

A la période chronique, on aura recours à l'injection de sublimé à 1/2000, 1/1000 et même, d'après Sânger, 1/500 (à condition que l'injection soit faite par le médecin et qu'il prenne le soin d'évacuer complètement le liquide); aux injections précitées de sulfate de zinc, de chlorure de zinc, etc.; à la balnéation sulfureuse, avec injections à l'aide du spéculum à bains. On pourra préparer l'action du liquide antiseptique en décapant la muqueuse à l'aide de la glycérine tannique: tannin et glycérine \tilde{a} .

On éteindra la vaginite des culs-de-sac, à l'aide de badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent à 1/20. On s'attaquera aux granulations avec cette même solution ou avec la teinture d'iode. Quand l'hypertrophie papillaire aura donné lieu à de véritables végétations, il faudra recourir à l'action du bistouri ou des ciseaux, et la faire suivre de badigeonnage au crayon de nitrate d'argent.

b. Vulvo-vaginites d'origines diverses.

Les vulvo-vaginites catarrhales, non blennorrhagiques, de cause indéterminée, septique ou autre, que l'on rencontre surtout chez les petites filles, guérissent, en général, par des moyens simples: lotions boriquées, tampons enduits de vaseline boriquée, badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent à 1/50 ou d'huile phéniquée, résorcinée, etc.

Pour la *vulvo-vaginite puerpérale*, nous donnons la préférence aux injections et aux lotions avec l'eau naphtolée à 0,40 p. 1000, ou avec la solution de sulfate de cuivre à 5 ou 10 p. 1000.

On prévient la transformation de la *vulvite aphteuse* en gangrène, en ayant recours à la poudre d'iodoforme, qui assure tout particulièrement, dans ce cas, une guérison rapide.

Le traitement de la *vulvite diphtéritique* est le même que celui de la diphtérie pharyngée.

On combattra la *vaginite sénile* par des badigeonnages au nitrate d'argent et par l'isolement des replis de la muqueuse au moyen de tampons imbibés de glycérine tannique, à 3/10, ou boriquée, à 4/60.

La *vaginite emphysémateuse* sera traitée par des lavages et par la ponction des saillies kystiques.

A la *tuberculose vulvo-vaginale*, on opposera, par ordre d'efficacité, l'extirpation, l'excision ou le simple raclage, suivis de cauté-

risation ignée et de pansements à l'iodoforme, à l'acide lactique; ou simplement, les pointes de feu répétées, les flèches de chlorure de zinc. On badigeonnera les trajets fistuleux avec la teinture d'iode, la liqueur de Villate.

La *gangrène* se traite, à la vulve comme ailleurs, par le cautère actuel et les pansements antiseptiques.

CHAPITRE III

MÉTRITE

ÉTIOLOGIE

Il reste évidemment beaucoup à faire pour la différenciation des microbes générateurs de la métrite.

Les données les mieux établies portent sur l'infection puerpérale, la blennorrhagie et la tuberculose.

Comme nous l'avons déjà dit (chap. 1^{er}), les *infectieux puerpéraux* ne sont pas spéciaux à la puerpéralité: ce sont des germes *pyogènes* ou *saprophytiques*, isolés ou associés, qui agissent, suivant les circonstances, au dedans comme à l'intérieur du système génital, au cours du *post-partum* ou en dehors de lui.

À l'état puerpéral, le streptocoque a été trouvé assez souvent à l'état de pureté. Il en a été de même du staphylocoque dans quelques cas, en général assez légers.

D'autre part, dans les cas d'écoulements muco-purulents chroniques, où l'on trouve les staphylocoques (Brandt, Delbet), on ne peut savoir si ces germes se rattachent à une infection puerpérale ou non puerpérale, à une infection primitive ou à une infection secondaire, à la blennorrhagie, par exemple. Mais le streptocoque a été trouvé, à l'état de culture pure, dans la métrite aiguë non puerpérale (Chantemesse: métrite streptococcique à la suite d'un traumatisme utérin), et il n'est pas douteux que les saprophytes, qui sont sans action sur les tissus normaux, puissent, en dehors de la puerpéralité, exercer primitivement leur action nocive pour peu qu'ils rencontrent des tissus caducs (fibrome sphacélé, ulcère cancéreux, etc.).

Cependant nous ne sommes pas encore en mesure de décrire, dans son ensemble, la métrite *septique* ou la métrite *saprophytique*. Et d'ailleurs, les conditions particulières attenantes à la puerpéralité: dépouillement des couches superficielles de la muqueuse, sub-

involution du muscle utérin, traumatismes, état des humeurs, donneront toujours à la métrite puerpérale aiguë ou subaiguë, une physionomie et une gravité spéciales qui en font une espèce clinique à part. De plus, à l'état chronique, la question se posera toujours de savoir si les germes septiques ou saprophytiques ont une action primitive ou secondaire à celle d'autres germes, gonocoques ou autres, tandis que l'existence de lacérations, de cicatrices, la subinvolution, permettront toujours de rapporter tel cas donné à leur origine précise.

Au double point de vue étiologique et clinique, la *métrite puerpérale* aura donc toujours une existence propre.

Il importe seulement de ne pas donner à ce terme, par rapport à la circonstance et au système organique attaqué, une spécificité qui n'existe pas.

Si l'on s'en rapporte aux examens bactériologiques, l'accord est loin d'être fait sur la fréquence de la *blennorrhagie utérine*. Éraud ne l'a observée que dans 45 p. 100 des cas de métrite qu'il a étudiés à ce point de vue. Horand, sur 483 examens d'utérus, a constaté 40 fois un écoulement utérin, et 6 fois seulement il contenait des gonocoques. La proportion des examens positifs, faits par Jullien et de Sinéty, est, au contraire, assez considérable. Steinschneider fait de l'utérus « le siège primordial et électif du gonocoque ». Avant l'intervention du microbe, Ricord, Rollet, considéraient la blennorrhagie utérine comme assez commune; Martineau, au contraire, pensait ne l'avoir observée qu'une dizaine de fois.

Ce qui est certain, c'est que les gonocoques sont ordinairement peu nombreux dans le mucus utérin, qu'ils semblent se cantonner ordinairement dans le col, pour disparaître assez vite (Éraud).

Aussi est-il prudent, dans les cas où l'examen du mucus cervical est négatif, de chercher autre part, dans le canal de l'urèthre, dans les follicules péri-urétraux, par exemple, le critérium bactériologique, si discutable d'ailleurs.

La *tuberculose utérine* est une rareté pathologique. On connaît actuellement un certain nombre de cas de tuberculose tubo-utérine primitive; mais la tuberculose, limitée au col, est extrêmement rare (Cornil).

Pénaire, Brandt, ont trouvé, dans l'utérus, des bâtonnets et des cocci, encore indéterminés, qui semblent pathogènes.

Dans le col, même à l'état normal, on trouve des microbes. Par contre, les lésions hypertrophiques du corps, qualifiées d'endométrites, ont donné, dans un bon nombre de cas (Dœderlein, Pfannenstiel, Delbet), à l'examen bactériologique, un résultat négatif.