

espèces diverses; mais, cependant, quand on regarde cette longue liste, on est étonné de voir en quel petit nombre y figurent les espèces véritablement pathogènes. D'après Hallé, la flore vulvaire, sauf les espèces anaérobies, se rapprocherait beaucoup de celle du vagin. On y trouverait le bacille en massue de Wecks, le bacille pseudo-diphthérique commun, le streptocoque non pathogène, le staphylocoque blanc de la peau, très rarement le colibacille et en petite quantité. Nous relèverons la présence du staphylocoque, ce qui expliquerait l'infection des plaies qui avoisinent la vulve.

En regard de ces différentes espèces, dont quelques-unes peuvent cependant devenir pathogènes par exaltation de virulence, il faut placer le gonocoque qui est, par excellence, l'agent d'infection de la région.

Contre ces diverses causes d'infection, quels sont les moyens de défense? Döderlein voit le principal dans l'acidité normale des sécrétions vaginales.

Ce fait a été fort discuté; il semble plus exact d'admettre que l'intégrité des épithéliums est encore la barrière la plus efficace contre l'infection, et que le gonocoque en particulier ne produit l'inflammation qu'à la faveur de causes adjuvantes, telles que les macérations dues au séjour prolongé des sécrétions plus ou moins altérées et irritantes, ou encore, les excoriations de diverse nature, si fréquentes en cette région.

Modalités cliniques. — **VULVITE CHEZ L'ENFANT.** — La vulvite chez l'enfant, dont l'origine a été fort discutée, semble maintenant devoir être le plus souvent rapportée à l'infection blennorragique. Toutes cependant ne sont pas dues au gonocoque, mais alors ce ne serait qu'un catarrhe léger, mais rebelle, dû le plus souvent au manque de soins. L'origine gonorrhéique, d'ailleurs, ne veut pas dire que l'affection soit toujours vénérienne, et dans un examen médico-légal, en dehors d'autres preuves tirées de l'existence de traces de violence, d'ecchymoses, de coups d'ongle surtout, il serait bien téméraire de se prononcer, même quand on constate la présence certaine du gonocoque; les objets de toilette sont généralement les vecteurs du microbe infectant. On peut en dire autant des vases, des éponges, des thermomètres qui servent à plusieurs personnes. L'infection se fait aussi dans les cabinets d'aisance, etc.

On a remarqué que la réceptivité du gonocoque était plus grande chez les petites filles lymphatiques et scrofuleuses.

VULVITE CHEZ L'ADULTE. — Chez l'adulte, la vulvite accompagne le plus souvent les autres manifestations de la blennorragie aiguë. Elle est intimement liée à l'évolution de la vaginite; on lui a même refusé, dans ce cas, une existence réelle, et on a déclaré qu'elle était le résultat d'une irritation due au passage des sécrétions purulentes qui provenaient du vagin.

Symptomatologie. — La douleur est le premier symptôme de la vulvite. Elle est exaspérée par la marche, par la poussée menstruelle et si, à la fin d'une miction, une goutte d'urine tombe sur la muqueuse enflammée, elle provoque une sensation intense de brûlure.

A l'examen, on observe une rougeur diffuse de la région; la face interne des cuisses y participe et, souvent aussi, la rainure interfessière chez les enfants. Si on écarte les grandes lèvres, on voit la muqueuse vulvaire uniformément rouge et tuméfiée; sa surface est recouverte d'un pus grumeleux, qui s'accumule dans les divers replis. Les nymphes sont œdématiées. L'écoulement purulent est assez abondant. On observe quelquefois un état fébrile ordinairement peu accentué. L'engorgement des ganglions inguinaux n'est pas rare; il peut aboutir à la suppuration et souvent alors la lymphangite amène aussi de l'inflammation du tissu cellulaire de la grande lèvre et parfois un phlegmon.

L'orifice de l'urètre et ce canal même, sur une certaine étendue, participent souvent à l'inflammation; il y a alors de la douleur pendant la miction. La complication la plus fréquente de la vulvite est la bartholinite. Il faut signaler l'adhérence des petites lèvres et des grandes lèvres qui est le plus souvent une conséquence d'une vulvite méconnue du jeune âge.

Traitement. — Dans la période aiguë, les lavages antiseptiques de la région et le repos suffisent, en général, à amener une sédation des symptômes. La solution à employer est l'eau boriquée. Si l'on soupçonne l'origine franchement blennorragique, on emploiera les lavages au sublimé à 1/4000^e, au permanganate de potasse à 1/4000^e; on peut y ajouter des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent.

Souvent, chez les enfants lymphatiques, de simples soins de propreté feront cesser une vulvite légère.

VULVITE GANGRENEUSE. — Sous l'influence d'un traumatisme causé le plus souvent par l'accouchement, on observe des gangrènes de la vulve, mais, la plupart du temps, il faut faire intervenir un état général mauvais, pour expliquer l'apparition de la gangrène. On l'observe aussi dans le typhus, la rougeole, la scarlatine, la variole.

Enfin, chez les enfants, il existe une gangrène analogue au noma de la bouche qui peut devenir épidémique.

Il semble, dans ces cas, que l'infection évolue sur un terrain tout particulièrement préparé.

Une antisepsie sévère de la région est indispensable et réalisera tout le traitement.

Bartholinite. — **Forme aiguë.** — **Étiologie.** — L'inflammation de la glande de Bartholin est une des localisations les plus fréquentes

de la gonococcie. Très souvent, la vulvo-vaginite blennorragique s'accompagne d'une poussée d'infection du côté de la glande et la formation d'un abcès est la règle.

C'est, tout au moins, ce qu'on observe dans la bartholinite aiguë se déclarant dans une glande saine auparavant, et si, dans les statistiques où la bactériologie du pus a été faite, nous prenons seulement les cas ainsi spécifiés, la proportion des infections purement gonococciques comprend la très grande majorité, presque la totalité des cas. Dujon rapporte 9 faits semblables, et 6 fois le gonocoque fut trouvé seul, 2 fois associé au staphylocoque blanc ou doré; une seule fois, dans un cas où il existait une infection puerpérale légère, le staphylocoque blanc était isolé. Dans le travail de Hallé, sur 13 cas observés dans les mêmes conditions (bartholinite aiguë, première atteinte), 8 étaient nettement dus au gonocoque et, dans 4 cas, une blennorragie, encore existante ou ancienne, permettait encore d'incriminer ce microorganisme. La glande peut être atteinte d'une deuxième poussée inflammatoire: la flore microbienne devient plus riche, le gonocoque souvent est absent.

On trouve alors le staphylocoque blanc. Dans les cas aigus et primitifs, où la fétidité du pus est prononcée, on observe, en règle générale, non seulement les microbes aérobies dont nous venons de parler, mais quelques microbes anaérobies, tels que le *Bacillus funduliformis*, le *Bacillus nebulosus*, le *Micrococcus fetidus* (Veillon).

En dehors de l'infection, cause réelle de l'inflammation glandulaire, différentes causes adjuvantes pourraient la favoriser. Des traumatismes divers semblent avoir une véritable influence sur la genèse de ces cas.

Les malades qui sont atteintes de bartholinites sont ordinairement jeunes, dans la période d'activité génitale, surtout au début de celle-ci. Chez les petites filles, la bartholinite ne s'observe pas, même comme complication d'une vulvite véritablement blennorragique. Après Huguier, quelques auteurs ont attribué une influence à certaines professions. La statistique de Neumann où, sur 203 malades, il y a 72 filles publiques, et celles de Kœstle où, sur 42, il y en a 25, viennent confirmer les données bactériologiques.

Enfin, l'apparition d'une bartholinite aiguë pourrait résulter de l'inflammation d'un kyste préexistant. Castan (de Béziers) voit dans ce processus l'origine de nombreuses bartholinites. Pour lui, le conduit excréteur obstrué amènerait la formation d'une cavité close où s'exalterait la virulence des bacilles, hôtes habituels de la glande et de son conduit.

Le siège de prédilection de la bartholinite serait à gauche; mais le fait n'est pas démontré.

Symptomatologie. — Soit que la vulvo-vaginite soit à l'état aigu, soit

que les symptômes en soient très atténués, le début de la maladie est à peu près le même.

Après une courte période où la malade ressent des démangeaisons, une sensation de cuisson, de gêne à la vulve, elle éprouve de la pesanteur, de la douleur, plus particulièrement localisée à une des grandes lèvres; souvent déjà la malade s'aperçoit d'une augmentation de volume sur un point déterminé des organes génitaux externes.

Pendant quelques jours, de quatre à cinq en moyenne, les symptômes vont en s'aggravant lentement, mais au bout de ce temps ils atteignent toute leur intensité. La douleur, même en l'absence de tout contact, est lancinante, vive, exagérée par tout mouvement. La marche est pénible et la station assise devient difficile. Des irradiations douloureuses se font sentir du côté de l'aîne, dans la cuisse correspondante, vers le périnée. On note, le plus souvent, une légère élévation de température, qui n'est jamais considérable et ne dépasse guère 38°-38°,5. Si l'on examine la vulve, on voit immédiatement une augmentation sensible d'une lèvre, augmentation qui peut être considérable, et qui affecte une forme spéciale, presque caractéristique. Toute l'étendue de la lèvre est œdématiée, mais sa portion inférieure, son tiers inférieur surtout, présente un volume notablement supérieur et proémine en avant, ce qui donne à l'ensemble des parties enflammées un aspect piriforme.

Du côté muqueux de la lèvre, la saillie est encore plus marquée. Elle empiète, en arrière, sur le sillon interlabial, qu'elle efface dans sa partie inférieure, et sur la nymphé, dont la portion correspondante est dépliée et lisse. Suivant le volume de la tumeur, l'orifice du vagin est plus ou moins obstrué. Le plus souvent, à la face interne de la petite lèvre, vers le tiers inférieur de son bord adhérent, on voit une macule rouge foncé au centre de laquelle apparaît un point plus ou moins violacé: c'est l'orifice du canal excréteur.

Au toucher, on s'aperçoit que, dans la partie inférieure de la lèvre, existe, dans la profondeur des tissus œdématiés, une petite tumeur rénitente ou fluctuante, selon que la période de l'abcès est plus ou moins avancée. Le volume de cet abcès est généralement comparable à celui d'une noisette ou d'une petite noix. Cependant la collection peut atteindre la grosseur d'un œuf de poule et même davantage. L'examen est ordinairement très douloureux et demande une grande douceur.

L'adénite inguinale est rare dans les cas de bartholinite pure et non compliquée d'autres localisations de la blennorragie.

Abandonné à lui-même, l'abcès évolue et le pus cherche à se faire jour. Assez souvent, le conduit excréteur lui donne issue, mais, le plus souvent, cette voie est insuffisante ou supprimée. On voit alors le pus s'ouvrir un passage vers la muqueuse vulvaire, adhérente déjà à la glande enflammée. C'est par plusieurs orifices, irréguliers et

situés autour de l'orifice canaliculaire, que s'écoule un pus épais, jaune, plus ou moins fétide, et dont souvent la coloration est foncée. Ces orifices, d'après Huguier, pourraient communiquer avec des cavités distinctes dues à des abcès, indépendants, des grains glandulaires : mais ce fait doit être rare, et le plus souvent toute la glande et sa gangue conjonctive sont prises à la fois ; c'est dans une cavité unique, irrégulière et anfractueuse que pénètre le stylet explorateur.

Bien rarement, le liquide purulent suit une autre voie et se dirige en arrière. Il se fait jour alors du côté du périnée ou vers la marge de l'anus.

Quel que soit l'endroit où l'ouverture se produit spontanément, la fistule ainsi créée peut persister pendant plusieurs jours. La durée de l'abcès ne dépasse guère huit à dix jours, mais la guérison complète se fait ordinairement attendre plus longtemps.

La terminaison par induration a été signalée, mais elle est très rare. Bien exceptionnelle est la résolution complète. Quand l'induration succède à la poussée aiguë, l'état chronique en est la conséquence fréquente.

Forme chronique. — La forme chronique succède le plus souvent à une infection atténuée qui n'a pas amené la formation d'une bartholinite aiguë suppurée. Cependant, parfois, elle pourrait succéder à une forme aiguë, traitée par l'incision précoce. Cette forme chronique a été décrite par Fauvel, S. Bonnet et Hamonic ; mais Huguier l'avait déjà bien signalée sous le nom d'hypersécrétion purulente. Les symptômes sont si atténués qu'il faut les rechercher de près. Et pourtant, ils sont de grande importance ; car la glande de Bartholin, enflammée chroniquement, est souvent le dernier repaire de l'infection blennorrhagique.

A l'occasion d'une cause quelconque (traumatisme, excès de coït, accouchement, congestion menstruelle), l'inflammation peut se réveiller et envahir les voies génitales.

Il faut palper soigneusement la grande lèvre dans son tiers inférieur, entre l'index introduit dans la fente vulvaire et le pouce resté au dehors pour y découvrir une petite tumeur rénitente, dure, qui glisse sous la peau et à laquelle la muqueuse adhère quelquefois. La pression y réveille une sensation douloureuse peu vive. Si elle est un peu forte, elle fait sourdre, à l'orifice du canal, une goutte d'un liquide purulent blanchâtre, jaune ou verdâtre. L'orifice du canal excréteur est rouge et entouré d'une aréole inflammatoire (macule gonorrhéique de Sânger).

La muqueuse de la nymphhe correspondante est légèrement enflammée par le contact incessant du pus. De temps à autre, à l'occasion des règles, la glande subit une augmentation de volume et devient douloureuse.

Cette forme chronique est rebelle et tenace. De temps à autre, une poussée aiguë vient réveiller la sensibilité, donne au pus plus de virulence, parfois même provoque une inflammation aiguë qui se termine par suppuration.

Anatomie pathologique. — Le premier travail sur l'anatomie pathologique des bartholinites est celui de Touton en Allemagne. Ensuite vient la thèse de Leblanc (Paris, 1895), qui contient deux coupes provenant de la même pièce. Dujon rapporte deux autres observations avec examen microscopique.

D'après ces auteurs, on trouve une prolifération épithéliale très marquée qui peut arriver à obstruer la lumière du canal. Les culs-de-sac glandulaires ont un volume bien plus considérable qu'à l'état normal ; les cellules sont tuméfiées, claires, vitreuses, quelques-unes ont subi la dégénérescence fibrineuse (nécrose de coagulation).

Le stroma environnant présente un œdème marqué. Il existe une infiltration embryonnaire diffuse, surtout prononcée autour des canalicules, où les grosses cellules embryonnaires, à noyau unique, à protoplasma clair, peuvent former des cercles complets péri-canaliculaires (Dujon).

Il est à remarquer que ces examens ont surtout trait à des inflammations chroniques ; l'anatomie pathologique de bartholinites aiguës jeunes n'a pas été encore faite d'une façon complète.

Diagnostic. — Le diagnostic de la bartholinite aiguë est facile. Les commémoratifs, l'existence d'une vulvo-vaginite en pleine évolution mettent de suite sur la voie du diagnostic. De plus, les signes présentés par la patiente sont assez nets pour faire différencier l'affection.

Le diagnostic avec les abcès de la marge de l'anus ne serait à poser qu'au cas où une bartholinite aurait produit une fistule péri-néale, ou juxta-anale, et même, dans ce cas, un examen attentif en ferait toujours retrouver le point de départ véritable. L'œdème de la grande lèvre se reconnaît à son étendue à toute la hauteur de la lèvre, l'absence de tumeur fluctuante au niveau du siège de la glande vulvo-vaginale.

Le phlegmon occupe toute la lèvre, et proémine surtout du côté cutané, n'envahissant guère la nymphhe et effaçant rarement le sillon nympho-labial. Le furoncle est purement cutané, acuminé, bien limité.

Les kystes de la glande de Bartholin, non suppurés, ne donnent lieu qu'à des symptômes de tumeur plus ou moins fluctuante, mais la douleur manque, ainsi que la réaction de voisinage.

La bartholinite chronique n'est pas toujours aisée à reconnaître, ou plutôt il faut y penser et la chercher. Mais l'issue de pus, la macule gonorrhéique, la mettront en évidence. Quelquefois, l'ulcération portant sur l'orifice du canal excréteur pourrait simuler un chancre

syphilitique, d'autant plus que l'inflammation chronique de la glande provoque l'apparition d'une zone indurée. Là encore, l'issue du pus, la situation précise de l'orifice, feront reconnaître la bartholinite.

Traitement. — On peut, soit inciser la glande, soit en pratiquer l'extirpation, suivant la période de la maladie. Si, au moment où on observe la bartholinite, elle n'est que peu fluctuante, on peut, d'emblée, en pratiquer l'excision; au contraire, si la fluctuation est prononcée, si le pus menace de se faire jour au dehors, l'incision préalable est indiquée. Où doit-on faire cette incision? Deux lieux d'élection ont été tour à tour préconisés, l'un sur la face interne de la nymphé, au point généralement le plus fluctuant, l'autre sur la face externe de la petite lèvre (Velpeau).

Après cette incision, on a recommandé de curetter, de cautériser au thermocautère ou avec des liquides divers la cavité plus ou moins anfractueuse et profonde. Ces traitements ont donné quelques bons résultats, mais ils sont souvent infidèles.

L'extirpation peut se faire d'emblée ou, si l'incision préalable a été nécessaire, on peut la pratiquer quelques jours après. L'anesthésie chloroformique est préférable à l'emploi de la cocaïne.

La dissection n'est pas souvent aisée; en effet, la glande se prolonge assez loin. Après l'extirpation de la petite tumeur, on peut suturer souvent complètement les tissus pour assurer la réunion par première intention et pour arrêter l'hémorragie. Il est néanmoins recommandable de mettre un petit drain dans la plaie, à sa partie la plus déclive.

Dans la bartholinite chronique, l'extirpation est le traitement par excellence.

Les injections antiseptiques dans la cavité par le canal dilaté, l'incision avec cautérisation, donnent ici des résultats aussi aléatoires que dans la forme aiguë.

ALARY, Abscess de la glande vulvo-vaginale, étiol. et trait., thèse de Paris, 1882. — Stéphan. BONNET, Kystes et abcès de la glande vulvo-vaginale (*Gaz. des hôp.*, 1888). — E. F. CHEVALIERAS, De la fistule vulvo-rectale consécutive à la suppuration de la glande vulvo-anale, thèse de Paris, 1880, n° 367. — C. W. DUBOUCHET, Recherches bactériologiques sur quelques affections utérines, thèse de Paris, 1897, n° 251. — R. M. FAUVEL, De l'inflammation chronique et des fistules de la glande vulvo-vaginale, thèse de Paris, 1886, n° 26. — Jean HALLÉ, Rech. sur la bactériologie du canal génital de la femme, thèse de Paris, 1898, n° 388. — O. HUGUENIN, Abscess de la glande vulvo-vaginale, thèse de Paris, 1879, n° 513. — G. LEBLANC, Bactériologie et anat. pathol. de la glande de Bartholin, thèse de Paris, 1895, n° 400. — MARESCHAL, Abscess de la glande vulvo-vaginale, thèse de Paris, 1873. — SAENGER, *Ann. de gynéc.*, 1890. — THIRY, Abscess de la glande vulvo-vaginale (*Arch. de tocol.*, Paris, 1886).

Kystes de la vulve. — Avant d'aborder l'étude des kystes, il est bon de faire remarquer qu'au niveau de la vulve existent de nombreuses glandes qu'on peut diviser en glandes sébacées et en glandes muqueuses.

1° Les glandes sébacées se rencontrent sur les deux faces des grandes et des petites lèvres et, en moins grande abondance, au niveau du vestibule.

2° Les glandes muqueuses sont : a) les glandes de Bartholin, glandes mucipares ordinaires; b) les glandes dites prostatiques, qui siègent aux environs de l'urètre (glandes de Max Schüller). Les canaux de Skene sont les canaux excréteurs de ces glandes.

3° A côté de ces glandes, il faut signaler, sans les confondre avec elles, des *invaginations* simples de la muqueuse (sinus de Morgagni, de Luschka).

4° Un des canaux de Gärtner, restes des canaux de Wolff, peut, au lieu de s'atrophier, arriver jusqu'à la vulve.

Des productions kystiques peuvent naître aux dépens de ces différents éléments glandulaires.

Les kystes vulvaires ont été divisés, d'après leur contenu, en kystes séreux, sébacés et hématiques. D'après leur pathogénie, on les a classés en kystes traumatiques, par rétention, congénitaux et parasitaires (un cas de kyste hydatique).

1° **Kystes sébacés.** — Les kystes sébacés, relativement fréquents à la vulve, peuvent siéger au niveau des grandes lèvres et sont tantôt superficiels, tantôt profonds. Les superficiels, décrits par Winckel et par Bœrensprung, siègent sous la peau, sous forme de petites lentilles, jaunes et plates. Les profonds ont un contenu blanchâtre, formé d'un liquide composé de graisse et de cellules désagrégées.

Les petites lèvres sont aussi le siège de kystes sébacés (Pana, Bago, Brandt, Taylor). Les tumeurs développées aux dépens des glandes sébacées des petites lèvres occupent plus souvent le segment supérieur; quelquefois, ils siègent à la fourchette et peuvent être à cheval sur les deux lèvres. Ces kystes sont d'ordinaire petits, ont une coque conjonctive, tapissée de plusieurs rangées de cellules, dont les basales sont cylindriques avec un protoplasma coloré et les autres, polyédriques, réfringentes, chargées de matière grasse.

Ces kystes sont uniloculaires et caractérisés par leur contenu grumeleux, caséux, blanchâtre, jaunâtre, ressemblant parfois à du mastic.

Des kystes à contenu grasseux peuvent siéger dans la paroi urétroraginale (Priestley); ils ont été observés par Brandt et Fischer, Duncan, au niveau du vestibule. Ils sont ordinairement petits et ont la structure des glandes sébacées.

2° **Kystes muqueux.** — **Kystes de la glande de Bartholin.** — Ces kystes, dont on trouve quelques mentions dans les anciens auteurs (Eustache, 1564, etc.), ont été bien décrits par Huguier, puis par Aubenas (1860), Leroux (1878), S. Bonnet (1888) et Alary (1892).

Étiologie. — Le kyste peut siéger dans le canal excréteur ou s'être développé aux dépens de la glande elle-même. D'après Duncan, tous