

de prodromes dyspeptiques (langue sèche, anorexie, épigastralgie), des vomissements répétés, alimentaires d'abord, muqueux ensuite, très acides, parfois striés de sang. Ces vomissements, souvent incoercibles, se répètent pendant 1, 2, 3, 4, 5 jours. Il y a un peu de fièvre (38°, 39°), de la prostration, un amaigrissement rapide. Puis tout cesse, l'appétit revient, la santé se rétablit rapidement. Quelquefois on a noté des manifestations nerveuses telles que : agitation, délire, convulsions, dyspnée asthmatiforme.

Les crises se renouvellent périodiquement à des intervalles qui varient entre six semaines et six mois. Dans les périodes intercalaires, santé parfaite.

Ces symptômes cadrent bien avec l'idée d'une auto-intoxication, d'une uricémie latente à décharges périodiques.

Rachford a trouvé dans les urines la *paraxanthine*, l'*hétéroxanthine*, etc.

Le diagnostic pourra présenter des difficultés au premier accès; on pensera à une *indigestion*, à une *migraine*; mais l'absence de causes provocatrices dans le premier cas, de céphalalgie dans le second, lèveront les doutes que l'évolution du mal ne tarderait pas à dissiper. L'*urémie* sera écartée de par l'examen des urines. La *méningite* peut être redoutée; mais la persistance des phénomènes gastriques, sans mélange de troubles nerveux, fera éloigner cette affection.

TRAITEMENT

On formulera un régime presque végétarien dans l'intervalle des crises; Rachford interdit la viande de boucherie, permettant le poulet, le poisson, les huîtres. On donnera le lait à discrétion, les boissons aqueuses, l'eau de Vichy ou de Vals. On essaiera le salicylate de soude (une cure de sept à huit jours tous les mois — 2 à 3 grammes par jour), le carbonate ou le benzoate de lithine (20 à 30 centigrammes par jour). On combattra la constipation. Vie au grand air, pas de surmenage intellectuel.

Au moment des crises, diète hydrique, boissons glacées, potion de Rivière. Si l'abattement est inquiétant, injections de sérum artificiel (200 à 300 grammes d'eau salée à 7 p. 1 000).

VULVO-VAGINITES

On comprend sous le nom de *vulvite* et de *vulvo-vaginite* l'inflammation des organes génitaux externes de la femme. Cette inflammation s'observe à tous les âges, et de nombreuses recherches ont montré qu'elle était extrêmement fréquente chez les petites filles.

Pour étudier avec méthode le traitement qui convient à cette maladie, il faut être bien fixé sur son étiologie.

ÉTIOLOGIE

Chez la fille pubère, chez la femme, la vulvo-vaginite a le plus souvent une origine vénérienne; chez la fillette, cette origine est exceptionnelle, et si la contagion peut être invoquée dans les deux cas, il faut reconnaître qu'elle est absolument innocente dans le dernier. J'ai insisté sur ce point il y a plus de huit ans, en présentant à la Société médicale des Hôpitaux de Paris une note basée sur 151 observations de vulvo-vaginite des petites filles (séance du 17 juillet 1891).

Avant la période contemporaine, on croyait tantôt à la nature syphilitique des fleurs blanches, tantôt à leur origine traumatique ou inflammatoire simple. Les travaux de Ricord ruinèrent définitivement la première opinion, mais la seconde resta vivace tant qu'on crut les rapports sexuels indispensables à la propagation de la blennorrhagie. Dès lors les médecins se partagèrent en deux camps : 1° ceux qui niaient toute contagion; 2° ceux qui subordonnaient la vulvite à des tentatives criminelles.

L'incertitude qui régna si longtemps dans l'opinion médicale eut un bien fâcheux retentissement devant la justice, et l'on ne compte pas les innocents condamnés pour des attentats à la pudeur qui n'avaient jamais existé que dans l'imagination des familles ou des médecins.

Aujourd'hui la cause est entendue, l'origine non vénérienne de la vulvo-vaginite des petites filles est amplement démontrée, et nous n'avons que l'embarras du choix pour en citer des exemples concluants.

En 1846, Cazenave rapporte le cas d'une femme leucorrhéique qui, dans un bain pris en commun, avait contagionné ses filles de 4 et 8 ans. En 1860, Forster cite trois sœurs contagionnées par une éponge qui servait à la toilette de leur mère.

Atkinson a vu une épidémie de vulvite chez les élèves d'un pensionnat qui se rendaient visite la nuit dans leurs lits.

R. Pott, de Halle (1882), affirme l'identité de la vulvo-vaginite des petites filles avec la blennorrhagie des adultes; il pense que, 90 fois sur 100, cette vulvo-vaginite résulte d'une contagion indirecte et est due à ce que l'enfant partage le lit de sa mère, de sa sœur, ou d'une personne quelconque atteinte de blennorrhagie.

En 1879, Neisser a découvert le *gonocoque*, c'est-à-dire l'agent pathogène de la blennorrhagie; malgré les critiques de Vibert et Bordsas, la spécificité de ce microbe est universellement admise aujourd'hui (voir la *Thèse* de Marcel Sée, Paris, 1896). Bientôt le gonocoque est retrouvé non seulement dans les écoulements purulents des petites filles, mais dans l'urètre des petits garçons (CsÉRI, RÔNA), dans certaines rhinites (CUNIER, ZIEM, COZZOLINO), otites (FLESH), stomatites des nouveau-nés (DOHRN et ROSINSKI), dans l'ophtalmie, etc.

Les recherches de Epstein, Widmark, Cséri, Dusch, Israël, Spaëth, etc., ont définitivement résolu la question en litige, et il faut admettre aujourd'hui que, dans la grande majorité des cas, la vulvo-vaginite des petites filles est due au *gonocoque* de Neisser. Cette vulvo-vaginite gonococcique est la plus grave et la plus tenace de toutes les inflammations vulvo-vaginales des jeunes filles, elle ne se limite jamais à la vulve, elle gagne le vagin, l'urètre, et peut même, dans quelques cas, se propager à la vessie, à l'utérus, aux trompes, au péritoine. Elle peut donc se compliquer d'*urétrite*, d'*endométrite*, de *salpingite*, de *péritonite*, de *cystite*; elle peut donner lieu au *rhumatisme blennorrhagique*, à l'*ophtalmie purulente*, etc.

Mais, à côté de la vulvo-vaginite gonococcique, il faut réserver une place à la *vulvite catarrhale* non spécifique, tantôt traumatique (onanisme, grattages, contact des oxyures, malpropreté), tantôt diathésique (scrofule, lymphatisme, arthritisme). Cette vulvite est tantôt microbienne (streptocoques,

staphylocoques, colli-bacilles), tantôt amicrobienne. Elle est moins grave que la vulvo-vaginite gonococcique, elle respecte ordinairement l'urètre et le vagin, elle guérit plus facilement par des moyens simples. On peut se demander pourquoi les petites filles sont si sujettes aux catarrhes génitaux alors que les petits garçons en sont presque toujours indemnes. Chez ces derniers, le prépuce constitue une barrière naturelle qui protège la muqueuse urétrale; celle-ci est en outre balayée par l'urine, et se prête mal aux inoculations accidentelles; chez les fillettes au contraire, la vulve est pour ainsi dire exposée sans défense à tous les contacts, et sa muqueuse offre une large surface très propice à la pénétration des agents infectieux.

Vienne une maladie aiguë fébrile, une rougeole, une scarlatine, une fièvre typhoïde qui immobilise l'enfant, qui fait négliger les soins de propreté, la vulve s'irrite, s'enflamme, et on se trouve en présence d'un écoulement qui, pour n'être pas blennorrhagique, n'en est pas moins dangereux. C'est dans ce cas qu'on observe cette vulvite *aphteuse* de Parrot, qui prélu-derait à la gangrène de la vulve.

Dans quelques cas la vulvite nous apparaît comme la localisation d'un exanthème; j'ai vu plusieurs cas de vulvite varicelleuse, impétigineuse, eczémateuse, etc.

Revenons aux causes de la vulvo-vaginite blennorrhagique, car leur étude nous donnera de précieuses indications prophylactiques. Nous avons dit que la contagion devait toujours être incriminée dans ce cas. Mais les modes de cette contagion sont multiples.

Et d'abord la contagion peut être *directe*, quoique très rarement observée; la fillette a été victime d'une tentative de viol, ou bien c'est en jouant avec un petit garçon contaminé préalablement qu'elle a contracté sa maladie. Le contact peut également être direct, quand la fillette partage le lit de sa mère, de sa sœur, de son père, ou d'autres personnes atteintes de blennorrhagie.

Mais, dans ce cas, le contact est plus souvent indirect, l'enfant étant souillé par des draps tachés de pus. Pendant l'accouchement, la fillette nouveau-née peut être contaminée directement par le pus vaginal de sa mère, quoique le plus souvent la conjonctive seule soit atteinte. Epstein croit à la

fréquence relative de la vulvo-vaginite des nouveau-nées, la maladie restant latente d'abord pour se dévoiler par la suite.

Il est rare que la vulvo-vaginite résulte du transport à la vulve du pus conjonctival, mais ce mode de transmission a été vérifié plusieurs fois.

Trop souvent le mode de contagion nous échappe, et nous en sommes réduits à invoquer une transmission *indirecte*. Cette transmission peut se faire par les serviettes et linges de toilette, par les éponges, par les vases de nuit, par l'eau du bain (SUCHARD), par des canules servant aux injections, par les thermomètres non désinfectés (WEILL).

Ces derniers agents de transmission ont été observés dans les hôpitaux, où ils ont pu créer de petites épidémies de vulvo-vaginite. Ordinairement la contagion est *familiale*, et c'est à la mère qu'il faut s'adresser pour en retrouver la source.

Dans le travail que j'ai publié à la Société des Hôpitaux, j'ai montré combien fréquente était la vulvo-vaginite dans les familles pauvres, mal logées, entassées dans des chambres étroites, dans des lits malpropres, communs aux mères et à leurs enfants. Cependant cette contagion se rencontre aussi dans les classes aisées ou riches, au milieu du confort et du luxe.

C'est dire que la contagion s'exerce facilement et qu'il faut redoubler de précaution pour en éviter les effets.

Après cet exposé sommaire de l'étiologie de la vulvo-vaginite infantile, je vais aborder le traitement et la prophylaxie.

TRAITEMENT

Le traitement comprendra plusieurs subdivisions : 1^o traitement de la vulvo-vaginite blennorragique ; 2^o traitement de ses complications ; 3^o prophylaxie ; 4^o traitement et prophylaxie de la vulvite catarrhale ; 5^o traitement et prophylaxie des autres variétés d'inflammations vulvaires de l'enfance (gangrène, etc.).

Traitement de la vulvo-vaginite gonococcique. — Quand la vulve est très enflammée, quand il y a du gonflement des lèvres, de l'érythème de la peau, de l'intertrigo, avec douleurs pendant la marche, cuissons et démangeaisons incessantes, envies d'uriner fréquentes, chaleur à la miction, en un mot,

quand on se trouvera en présence des symptômes d'une violente réaction inflammatoire, il faut prescrire le repos absolu et prolongé au lit.

On appliquera en même temps des compresses imbibées d'une solution boriquée à 2 ou 3 p. 100, de sublimé à 1 p. 3000 ou 4000. On saupoudrera les parties environnantes avec un mélange d'amidon, de talc, de lycopode, d'acide borique (parties égales). On écartera les grandes lèvres et on introduira un tampon d'ouate hydrophile saupoudré de ce mélange. Indépendamment de ce pansement local laissé en permanence, on fera matin et soir, ou trois fois par jour, ou après chaque miction, un lavage à l'eau bouillie tiède, ou à la décoction de feuilles de noyer. Tous les jours on donnera un bain de siège ou un bain prolongé (une heure) qui fera rapidement tomber les phénomènes inflammatoires. Comme boissons, on donnera du lait pur ou coupé de tisane émolliente, de décoction de graines de lin, etc.

Ce traitement rappelle celui qu'on institue généralement au début de la blennorragie des adultes. Il soulage, mais il ne guérit pas ; l'écoulement purulent persiste, il faut l'attaquer directement.

On a dit que la membrane de l'hymen, chez les petites filles, empêchait l'écoulement du pus et gênait l'attaque directe de la vaginite. Quelques auteurs ont voulu supprimer cet obstacle en excisant l'hymen. Je ne sais pas si nous sommes autorisés à aller jusque-là et je doute que les familles consentissent à cette opération.

Heureusement nous pouvons guérir la vulvo-vaginite sans recourir à une thérapeutique aussi radicale. Pour cela, il faut enlever avec soin et régulièrement la sécrétion purulente de la muqueuse et s'efforcer de détruire les microbes qui l'entretiennent. C'est dire que le traitement sera antiseptique. Les grands lavages, les irrigations à l'eau bouillie ou boriquée, ou naphtolée, sont très utiles, mais ils ne donnent pas de résultats aussi prompts et aussi complets que les antiseptiques forts comme le nitrate d'argent, le sublimé, le permanganate de potasse.

Il ne suffit pas de faire des irrigations vulvaires, il faut pénétrer dans le vagin. Pour cela, on prendra une sonde en caoutchouc rouge (sonde de Nélaton), d'un calibre en rapport