

SOMMAIRE

	Pages.
1 ^o Anatomie et physiologie.	151
Premier plan : Mont de Vénus	151
Grandes lèvres	
Périnée	151
Deuxième plan : Capuchon	
Clitoris	
Petites lèvres	
Fourchette	153
Troisième plan : Vestibule	
Méat et tubercule	
Vagin	
Hymen	
2 ^o Inflammations.	160
a. Inflammations deutéropathiques	163
b. Inflammations protopathiques	
3 ^o Eruptions et ulcérations.	170
a. Contagieuses	175
b. Non contagieuses	
4 ^o Tumeurs.	177
a. Gazeuses	178
b. Liquides	181
c. Solides	
5 ^o Traumatismes	185
Variétés	187
Résultats et inconvénients	188
Traitement. — Périnéoraphie	
6. Parasites. — Néuralgies. — Prurit	195

VULVE ET VAGIN

I

ANATOMIE — PHYSIOLOGIE

La vulve constitue l'entrée des organes génitaux féminins; elle est en quelque sorte leur devanture.

Trois plans successifs la composent :

Premier plan : *Mont de Vénus. — Grandes lèvres. — Périnée.*

Les grandes lèvres forment deux replis verticaux, qui se recourbent supérieurement pour se confondre avec le pénil ou mont de Vénus, et viennent en bas par une courbe analogue expirer sur le périnée.

C'est pour ainsi dire le même repli cutané, qui dessine un ovale dont la grosse extrémité est le pénil, la petite le périnée et les côtés les grandes lèvres.

Au centre de cet ovale se trouvent les autres organes vulvaires, dont il va être ultérieurement question.

Ce repli cutané présente deux versants : l'un excentrique, qui latéralement regarde les cuisses, en haut l'abdomen, c'est le versant fémoro-abdominal; l'autre concentrique, vaginal.

Je ne parle pas du périnée où le collier cutané s'aplatit et semble disparaître.

Le versant fémoro-abdominal est couvert de poils; le versant vaginal au contraire est glabre, lisse, normalement humide, souvent en contact avec celui du côté opposé, de telle sorte que les deux grandes lèvres, par leur accollement, cachent à la vue les autres organes vulvaires, comme deux rideaux amenés au contact l'un de l'autre.

Ce contact, qui n'est pas constant, est détruit par l'écartement des cuisses; les grandes lèvres s'entr'ouvrent alors, et laissent apercevoir le second plan, dont voici le détail :

Second plan : *Capuchon et clitoris. — Petites lèvres. — Fourchette.*

Les deux petites lèvres ou nymphes sont deux replis cutanés analogues et parallèles aux grandes lèvres, mais beaucoup plus minces qu'elles.

Verticalement placées le long de l'orifice vaginal, dont elles sont comme les satellites, elles se divisent supérieurement pour enfermer dans leur dédoublement le clitoris.

Des deux replis que forme ce dédoublement, l'un est large et abrite le clitoris, c'est le *capuchon*, l'autre est mince, effilé, vient se perdre à la partie inférieure de cet organe érectile pour constituer le *frein* du clitoris.

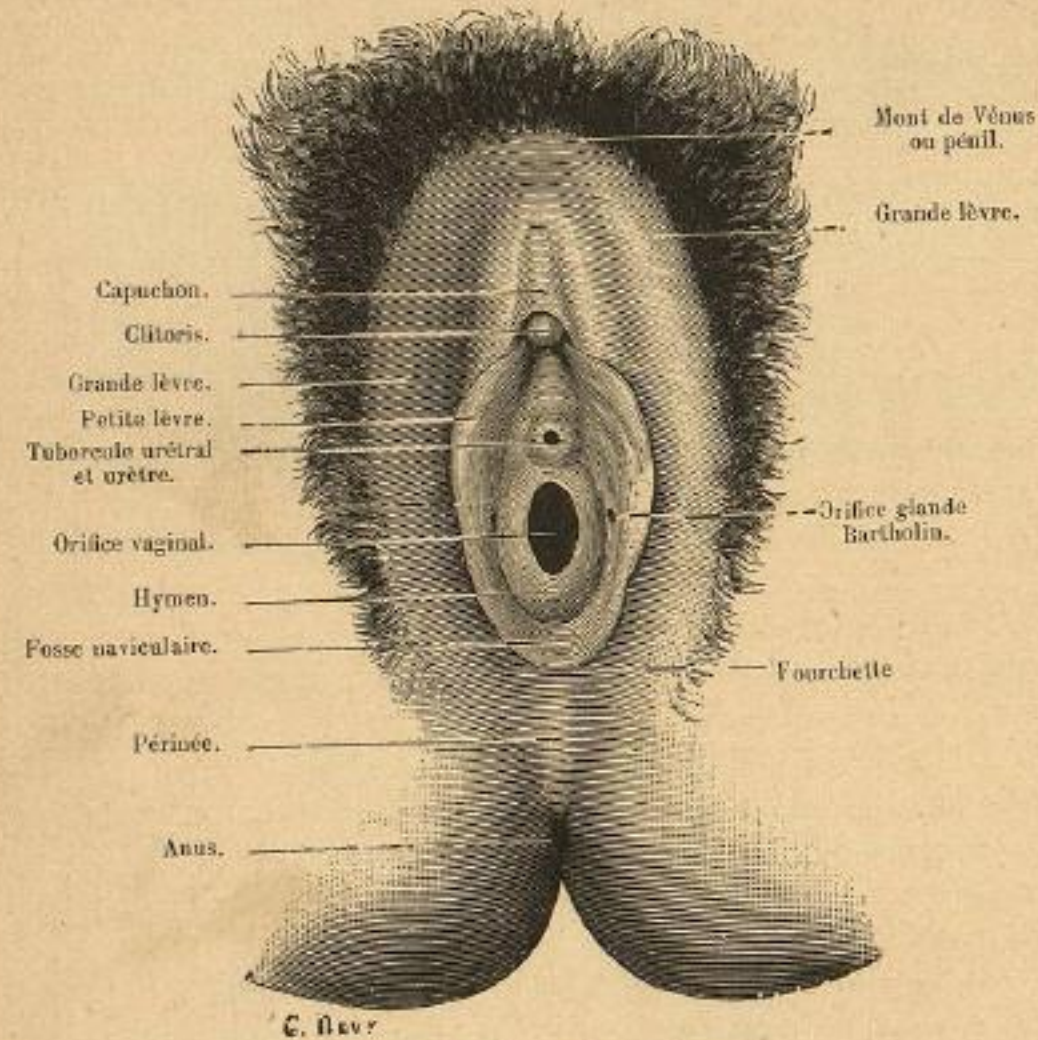


Fig. 166. — Vulve vierge.

Inférieurement les petites lèvres s'amincissent, diminuent d'ampleur et se réunissent au niveau d'un petit repli transversal, appelé *fourchette* ou *commissure antérieure* du périnée.

La fourchette n'est donc autre chose que le trait d'union inférieur des petites lèvres, de même que le périnée était dans cette région celui des grandes lèvres.

Ainsi considéré, le second plan vulvaire, comme le premier, forme un cercle continu, constitué par le capuchon et clitoris en haut, les petites lèvres latéralement, la fourchette en bas.

Les petites lèvres avec leurs réunions supérieure et inférieure, figurent de même que les grandes, une sorte d'ovale, de collier, concentrique par rapport au précédent, et par conséquent plus petit que lui.

Les petites lèvres sont séparées des grandes par un sillon assez profond,

qui vient supérieurement contourner le capuchon et qui inférieurement disparaît au voisinage de la fourchette.

A la face interne des petites lèvres, on voit un sillon semblable qui, parti du frein clitoridien, suit la base des nymphes, et les sépare inféro-latéralement de l'entrée du vagin ou de l'hymen quand il existe.

Excentriquement par rapport à ce sillon, se trouve le second plan vulvaire que nous venons de passer en revue et concentriquement le troisième plan, dont il va être question.

Troisième plan : Vestibule. — Méat urinaire et son tubercule. — Vagin et hymen.

Dans l'espace circonscrit par le sillon précédemment décrit, à la base du versant interne des petites lèvres, on trouve une surface elliptique qu'on peut

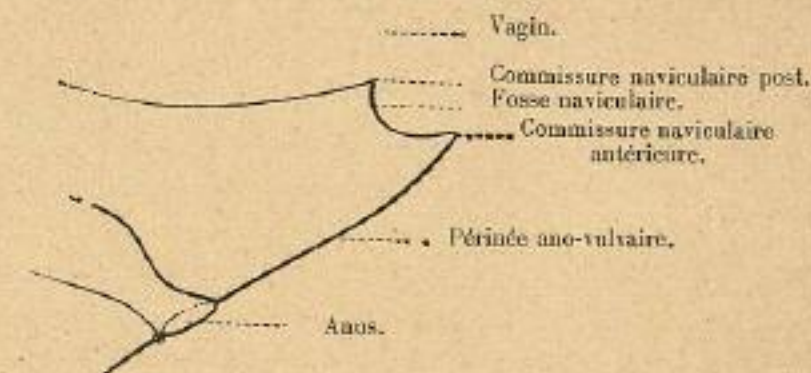


Fig. 167. — Profil périnéo-vulvaire.

diviser en deux parties approximativement égales, par une ligne transversale.

La surface placée au-dessus de cette ligne est occupée par le *vestibule*, et celle qui est située au-dessous par l'*orifice vaginal*.

L'étage supérieur ou vestibulaire présente une saillie ou tubercule urétral avec le méat urinaire, terminaison de l'urètre.

L'étage inférieur ou vaginal est occupé par l'orifice vaginal, qui vient, en ce point, s'ouvrir au dehors, plus ou moins protégé et recouvert par l'hymen ou les caroncules qui en représentent les débris.

En décrivant la fourchette périnéale, j'ai volontairement omis de parler de la *fosse naviculaire*. On appelle ainsi une petite dépression située entre la fourchette et l'hymen ou ses débris et bordée par les deux commissures naviculaires antérieure et postérieure (fig. 167).

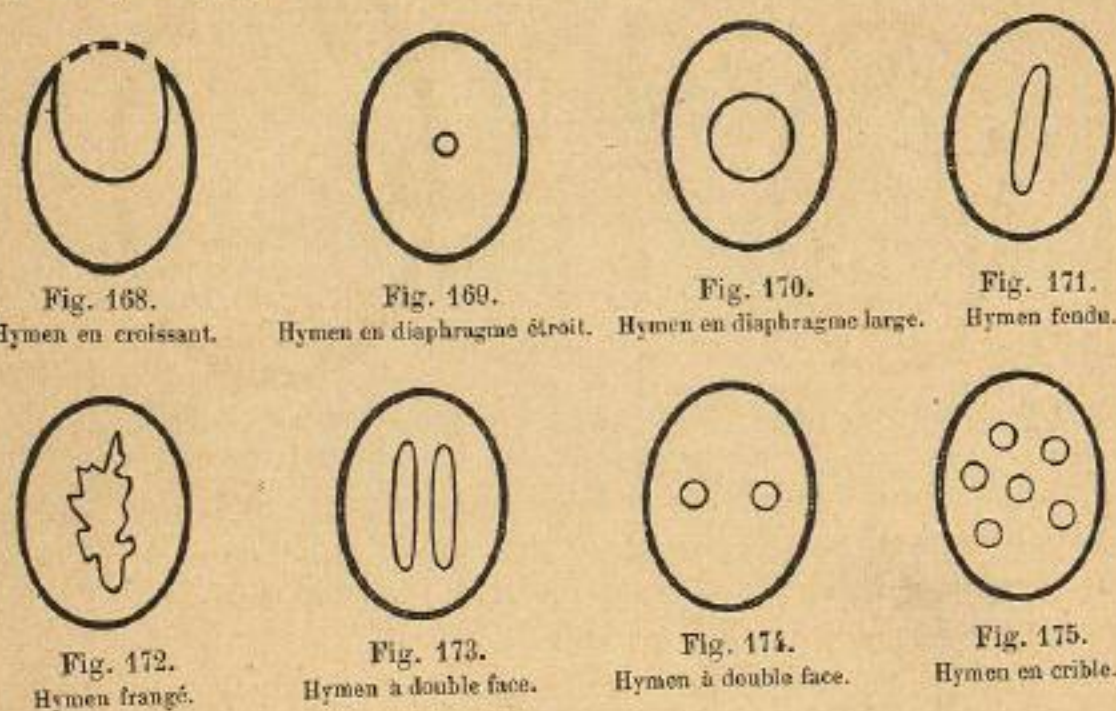
La vulve ne présente pas les mêmes caractères chez la petite fille, chez la femme déflorée et nullipare, enfin chez la multipare.

Chez l'enfant elle est surtout urinaire, c'est-à-dire que l'entrée du canal vaginal étant rudimentaire, la plus grande surface de la vulve semble réservée au méat urinaire.

Chez la *multipare*, au contraire, l'agrandissement considérable de l'orifice vulvo-vaginal donne à cet orifice une place étendue dans l'aire vulvaire, de telle sorte que la vulve devient vaginale.

Chez la *femme déflorée*, mais nullipare, la vulve est mixte, c'est-à-dire à la fois urinaire et vaginale, participant des deux caractères qui précèdent.

La vulve est séparée du vagin par l'*hymen* qui peut, alors qu'il est intact, présenter des conformations variables, dont les figures ci-dessous rappellent les principaux types.



L'hymen est en général rompu au premier coït, rupture qui constitue la défloration. La résistance de l'hymen à la pénétration pénienne est très différente suivant les sujets.

D'habitude, la membrane se déchire à deux ou trois endroits, causant une douleur assez vive, mais courte, et fournissant une légère quantité de sang.

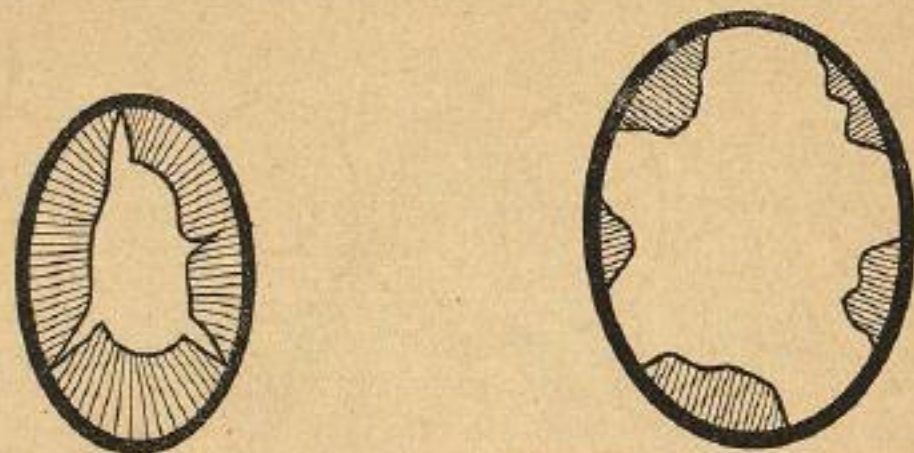
Parfois l'hémorragie est assez abondante pour inspirer de l'inquiétude, et de loin en loin un médecin est appelé à pratiquer l'hémostase à la suite d'un premier traumatisme conjugal. *Fuchsman* a même cité le cas d'une hémophile, qui succomba la nuit de son mariage d'une hémorragie hyménéale, qu'on ne conjura pas à temps.

À côté de ces hymens *hémorragiques*, il en est de trop *complaisants*, qui permettent l'accouplement sans difficulté et sans trace de sang, de telle sorte qu'un mari soupçonneux peut mettre en doute la virginité de sa femme, bien qu'elle soit réelle.

Enfin, il est des hymens *récalcitrants*, de consistance fibreuse, infranchissables et devant lesquels le mari reste penaud, obligé de réclamer le secours de la chirurgie. J'en ai opéré dernièrement un dans ces conditions; après douze ans de mariage, la femme était vierge, et l'époux avait accepté jusque-là cette virginité sans récriminer.

La déchirure de l'hymen après le coït donne naissance aux *caroncules hyménéales*, et après l'accouchement aux *caroncules myrtiformes*.

Avec les *caroncules hyménéales* (fig. 176), on peut, en rapprochant les lambeaux, reconstituer l'hymen, ce qui est impossible avec les *caroncules myrtiformes* (fig. 177), véritables nodosités éparpillées sur le pourtour de l'orifice vulvo-vaginal.



La présence de *caroncules hyménéales* indique la défloration ou la pénétration dans le vagin d'un corps assez gros pour produire ces déchirures; celle de *caroncules myrtiformes* révèle un accouchement antérieur. Un œil exercé ne se trompera guère à ce diagnostic.

L'hymen peut être imperforé, ainsi que cela a été vu au chapitre *Malformations*.

Au point de vue de la *structure*, la vulve est constituée par des replis cutanés; la peau prend le caractère de la muqueuse au sommet des grandes lèvres, elle perd en effet à ce niveau sa couche d'épithélium corné, et ne renferme plus que des glandes en grappes, qui, répandues sur toute la surface muqueuse deviennent fréquemment la source de folliculite ou d'acné.

Ces glandes folliculaires sont particulièrement nombreuses au pourtour du méat urinaire, où elles deviennent un foyer profond de blennorragie, une sorte de repaire où se réfugient les gonocoques, source de contagions inattendues.

Outre ces glandes folliculaires, la vulve possède deux glandes importantes, dont l'orifice est situé de chaque côté de l'orifice vulvo-vaginal, au voisinage de l'hymen; ce sont les *glandes de Bartholin*. — Ces glandes en grappe, assez volumineuses, sécrètent activement au moment du coït, lubrifiant ainsi l'entrée vulvaire. Elles s'enflamment souvent sous l'influence de la blennorragie et deviennent la source d'adénophlegmons, presque toujours unilatéraux, une seule glande étant prise à la fois.

Les replis de la vulve, doublés de tissu cellulaire, reposent sur un plan musculaire constitué par le constricteur de la vulve, les transverses superficiel et profond, l'ischio-caverneux (fig. 178).

Sur une coupe antéro-postérieure, ces divers muscles sont superposés comme l'indique la figure 179.

La vulve est mise en communication avec l'utérus par le *vagin*, conduit

musculo-membraneux de forme cylindrique, dont la longueur est de 10 centimètres environ jusqu'au niveau de l'orifice utérin; la paroi antérieure est plus courte que la postérieure.

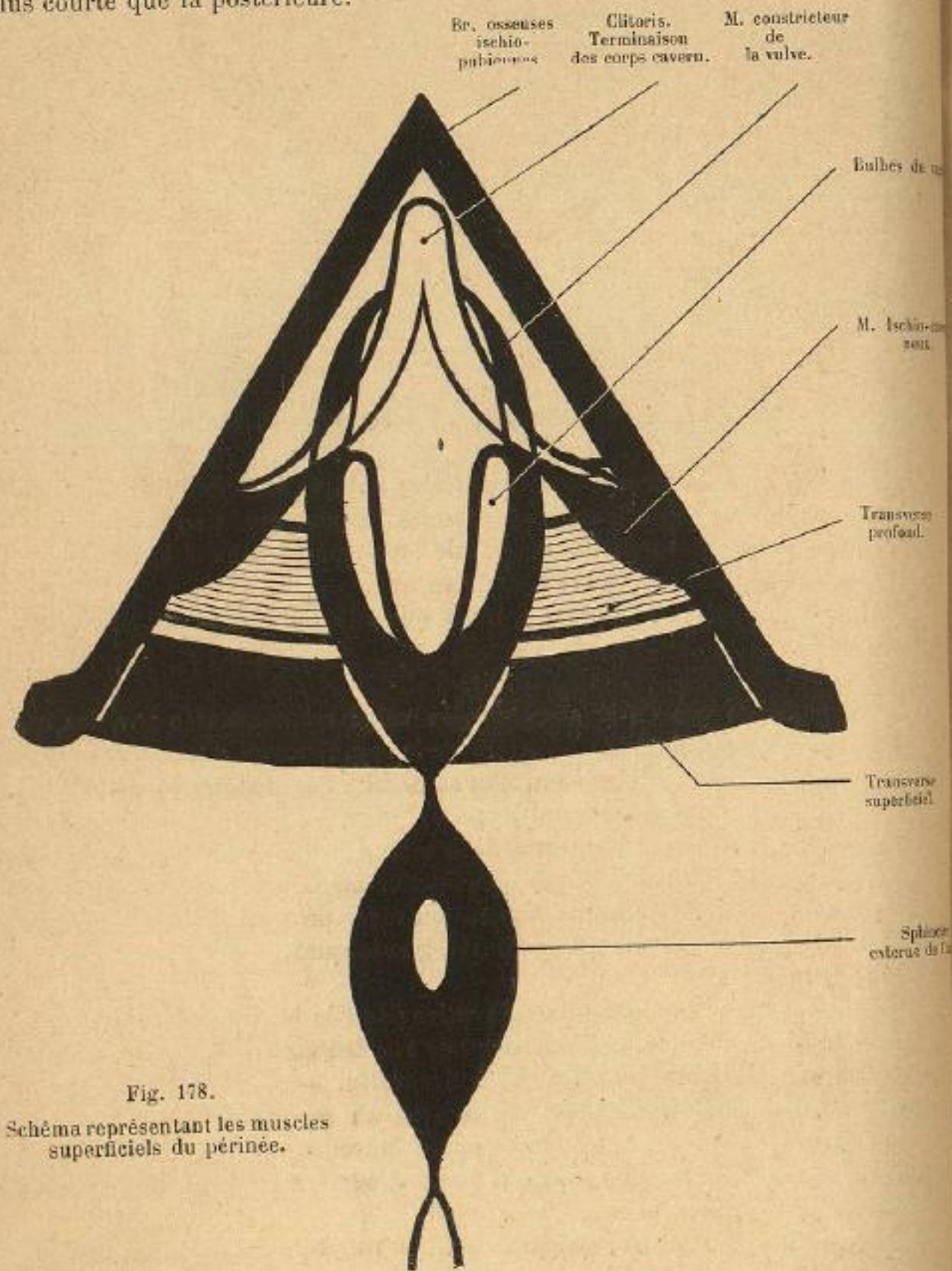


Fig. 178.

Schéma représentant les muscles superficiels du périnée.

Vu de profil, il présente une courbure sigmoïde (fig. 180).

A la coupe, il rappelle la lettre H (fig. 181).

Le vagin sépare les voies urinaires (vessie et urètre), placées en avant de lui, du rectum qui le côtoie postérieurement.

Son calibre est, grâce à son élasticité, à peu près le même partout; le fœtus en effet, au moment de l'accouchement, le traverse sans effraction.

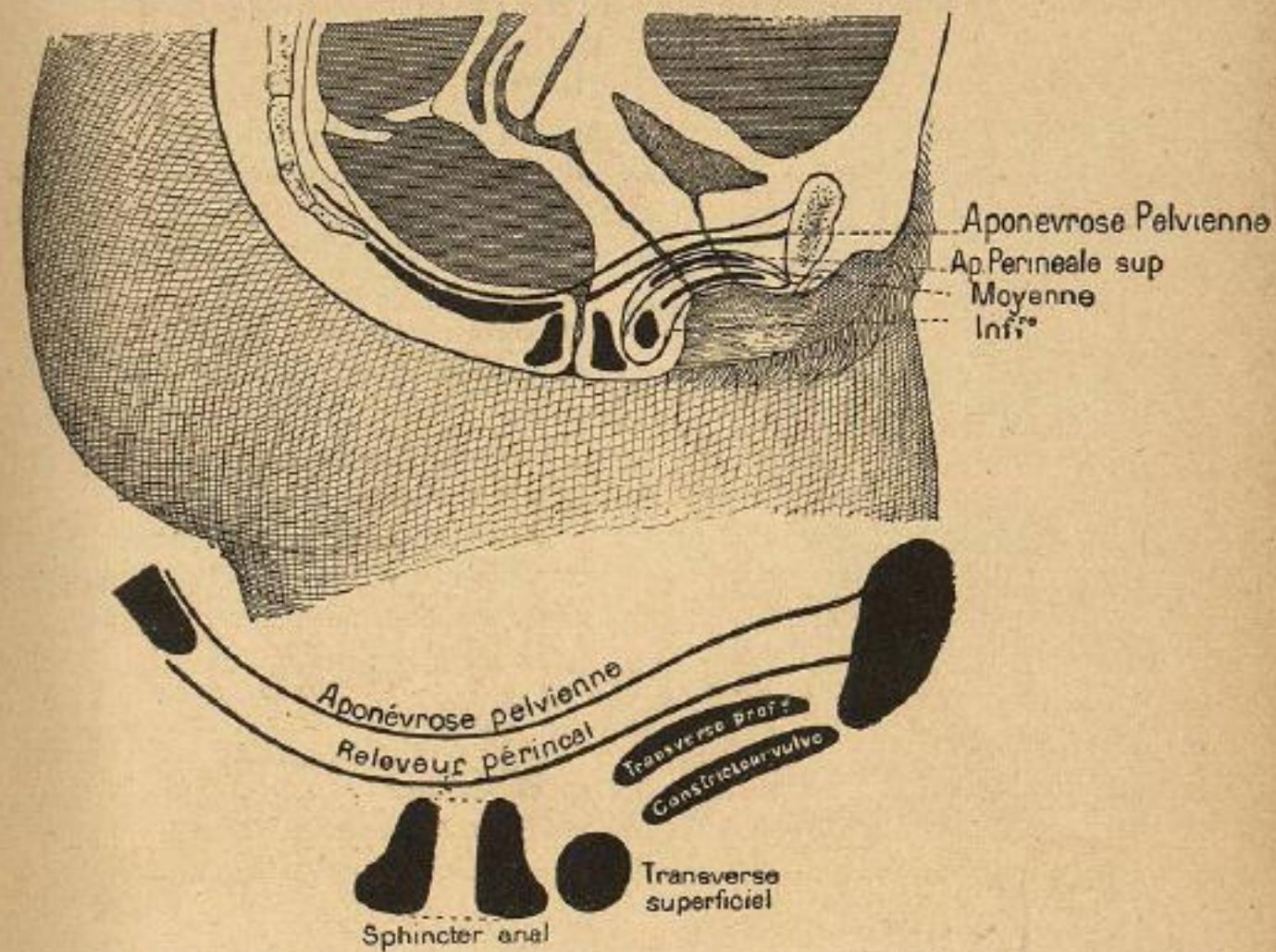


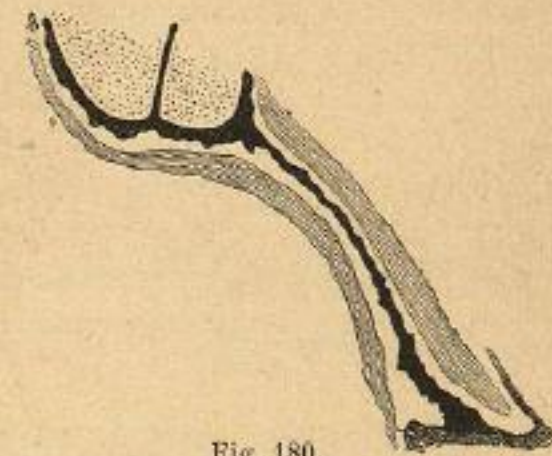
Fig. 179. — Coupe antéro-postérieure des aponévroses et muscles périnéaux.

Cependant tandis que la partie superficielle ou vulvaire est bordée de muscles qui en diminuent le calibre (constricteur vulvaire et releveur de l'anus), profondément il est laissé libre par les organes voisins, qui rendent son ampliation bien plus facile.

Ainsi mettons la femme dans la position gènepectorale, donnons libre accès à l'air dans le vagin en ouvrant avec les doigts ou un spéculum l'orifice vulvo-vaginal, et nous verrons la partie profonde devenir spacieuse, tandis que la superficielle reste relativement étroite; la forme générale est alors celle d'une gourde dont le goulot serait la vulve.

Dans la vieillesse, le fond du vagin se rétrécit de telle sorte que le doigt a parfois de la peine à arriver jusqu'au col utérin.

Chez certaines femmes, cette sténose va s'accroissant avec l'âge à partir

Fig. 180.
Courbe sigmoïde du vagin (Skene).

de la ménopause, de telle sorte qu'un doigt exercé pourrait en quelque sorte deviner l'âge de la malade par l'exploration vaginale.

Cette involution sénile du vagin se fait : 1° tantôt silencieusement, sans trouble apparent; le vagin, désormais inutile, se ferme sans causer de

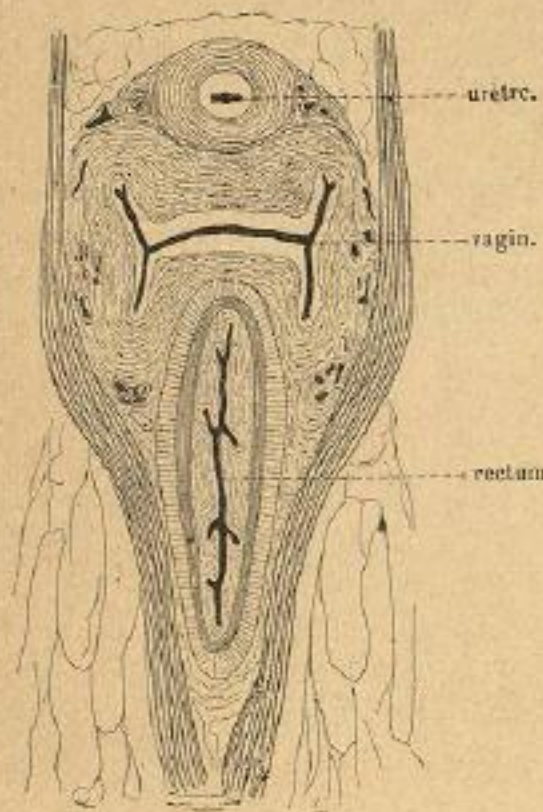


Fig. 181. — Coupe transversale de l'urètre du vagin et du rectum (Hart et Barbour).

troubles; — 2° tantôt avec des symptômes pathologiques plus ou moins intenses qui se résument à de la vaginite soit muqueuse, soit parenchymateuse, toute la paroi du vagin étant, dans ce dernier cas, enflammée; la vaginite sénile se confond alors avec l'involution génitale.

En résumé, dans la *jeunesse*, entrée vaginale étroite. A l'*âge adulte*, après le premier accouchement, entrée extensible et profondeur large. Dans la *vieillesse*, l'entrée reste large mais la profondeur se rétrécit.

Ce rétrécissement du fond du vagin est en quelque sorte le signal du repos génital; ce conduit devenu inutile s'atrophie, c'est la fermeture des organes génitaux. La sténose vaginale peut devenir très gênante pour l'opérateur quand il s'agit, par exemple, de

pratiquer une hystérectomie par la voie vaginale.

Dans la position verticale ou horizonto-dorsale de la femme, la pression est positive dans le vagin, grâce à l'action exercée par les organes abdominaux, mais dans la position gèneupectorale ou latérale de Sims, elle devient négative, et si les sphincters vaginaux (constricteur du vagin et releveur de l'anus) sont insuffisants, l'air pénètre, distendant et ouvrant tout le vagin. Cet air est chassé quand la femme se remet debout, produisant un bruit désigné sous le nom de *garulitas vulvæ*, sorte d'*eructation vaginale*, qui incommode certaines personnes dont l'orifice vulvaire a été déchiré; la colpo-périnéoraphie est le meilleur remède à cette infirmité.

Le vagin examiné au spéculum présente sur la ligne médiane en avant et en arrière une *colonne rugueuse* (colonnes antérieure et postérieure du vagin), de laquelle partent transversalement des *plis*, qui se terminent insensiblement sur les parois latérales, où ils forment parfois avant de disparaître un petit tubercule.

Ces plis ne s'effacent pas quand on exerce des tractions antéro-postérieures,

ils ne sauraient donc servir à l'ampliation du vagin; leur rôle est essentiellement copulateur, ils agrémentent le coït en multipliant les frottements.

La **structure** du vagin comprend trois couches :

Une *externe*, cellulo-fibreuse;

Une *moyenne*, musculaire lisse : fibres externes longitudinales, se continuant en bas sur la branche ischio-pubienne, et en haut avec les fibres utérines : fibres internes à disposition plexiforme.

Une *interne* muqueuse, de couleur gris rosé, contenant de nombreuses papilles et recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié. Pas le moindre vestige de glandes, malgré les nombreuses recherches, qui ont été faites pour les découvrir afin d'expliquer la pathogénie encore obscure des kystes du vagin.

L'absorption du vagin est à peu près nulle, bien différente en cela de celle du rectum; aussi les suppositoires vaginaux n'ont-ils qu'une action locale.

Pour les autres détails anatomiques et physiologiques je renvoie aux traités spéciaux d'anatomie et de physiologie, me contentant de rappeler ici les points nécessaires à connaître, pour comprendre l'exposé pathologique qui va suivre.

II

INFLAMMATIONS

SOMMAIRE

Inflammations.

a. Dautéropathiques.

1. Ulcéreuse.
2. Gangréneuse.
3. Diphtérique.
4. Dysentérique.
5. Gravidique.
6. Sénile.

b. Protopathiques.

1. Traumatiques.
 - Corps étranger. Saleté.
 - Masturbation.
2. Septicémiques.
 - Puerpéralité.
 - Sans puerpéralité. Érysipèle. Phlegmon.
3. Blennorragiques.
 - Avec toutes ses localisations.

Les inflammations de la vulve et du vagin peuvent être divisées en deux classes, dont l'aspect clinique et par là même le diagnostic sont différents.