

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

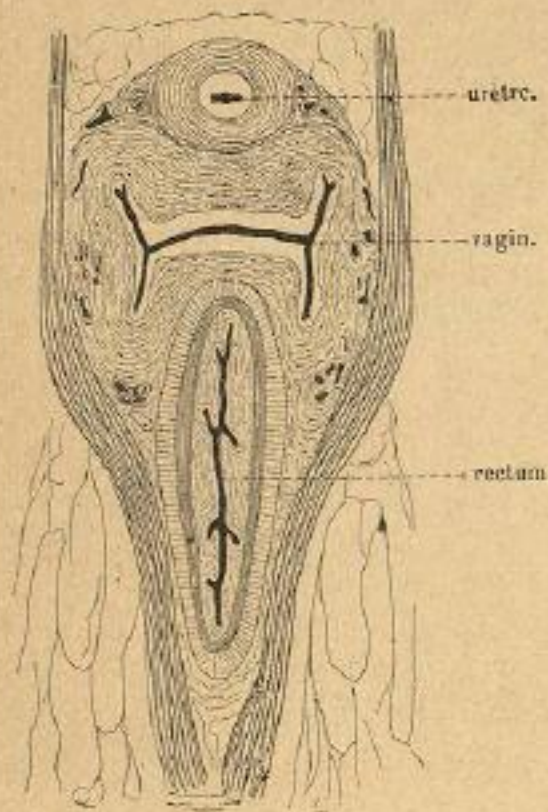


Fig. 181. — Coupe transversale de l'urètre du vagin et du rectum (Hart et Barbour).

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 vulvae*, 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.

Les unes en effet sont secondaires à une autre maladie, et n'en constituent qu'un épiphénomène, de telle sorte qu'étant donnée la connaissance de l'affection causale, on devine d'avance la forme de localisation inflammatoire existant aux organes génitaux (vulvo-vaginites *deutéropathiques*).

Les autres, tout en ayant une cause qu'on peut le plus souvent déterminer avec précision, constituent l'état pathologique primitif et principal; l'examen local fournit seul les éléments du diagnostic (vulvo-vaginites *protopathiques*).

A. — INFLAMMATIONS DEUTÉROPATHIQUES

1° VULVO-VAGINITE, ULCÉREUSE, APHTEUSE (PARROT), DIPHTÉROÏDIQUE. (Voir pl. I, fig. 1.)

La forme seule de la maladie est diphtérique, mais non l'essence.

Cette affection est spéciale à l'enfance, où elle se manifeste surtout de deux à cinq ans, presque toujours à la suite de la rougeole, quelquefois après l'érysipèle, la varicelle, la coqueluche, la pneumonie.

Elle est caractérisée par l'apparition sur la vulve de petites plaques arrondies, blanchâtres, se transformant bientôt en ulcérations pouvant devenir gangréneuses, ce qui avait fait à tort confondre cette affection avec la gangrène de la vulve dont elle est distincte.

Le vagin est respecté par le processus pathologique.

Quand la forme est grave, il y a de la fièvre, et la maladie peut se terminer assez rapidement par la mort.

Cette maladie est *probablement* contagieuse.

Le pansement consiste en applications locales fréquentes d'une poudre antiseptique : salol ou iodoforme.

2° VULVO-VAGINITE GANGRÉNEUSE. NOMA PUDENDI. GANGRÈNE DE LA VULVE. (Voir pl. I, fig. 2.)

La vulvo-vaginite gangréneuse présente comme étiologie et comme allures générales une grande analogie avec la précédente, à tel point que quelques auteurs les ont décrites ensemble, mais tandis que la gangrène est l'élément accessoire de la vulvo-vaginite ulcéreuse, ici elle constitue l'élément primordial.

On peut l'observer après toute maladie infectieuse, mais surtout après la rougeole et la fièvre typhoïde.

Elle commence par de la fièvre, des douleurs localisées brûlantes : il y a bientôt de l'engorgement vulvo-vaginal, les tissus deviennent gris brun, puis noirâtres, se couvrent ensuite d'ulcérations.

La gangrène est tantôt localisée, tantôt envahissante.

Quand *localisée*, les tissus nécrosés ne tardent pas à se détacher laissant à leur place une plaie profonde et anfractueuse, dont la cicatrisation se fera graduellement avec déformation plus ou moins considérable de la région. (Fistules, rétrécissements du vagin.)

Quand *envahissante*, on voit la gangrène envahir le périnée, la partie

supéro-interne des cuisses, l'hypogastre, et s'enfoncer dans le vagin en gagnant le tissu mou du petit bassin; l'état général s'aggrave et la malade ne tarde pas à succomber.

La marche présente une certaine analogie avec le phlegmon diffus qui sera étudié ultérieurement, mais en diffère en ce sens que le phlegmon diffus survient souvent sans maladie antérieure, que l'élément inflammatoire en est le caractère essentiel et au contraire la gangrène une complication.

La gangrène vulvaire est spéciale aux enfants et aux malades hospitalisés; depuis l'ère antiseptique, elle est devenue très rare. Son origine microbienne est en effet plus que probable.

Traitement :

Forme localisée : pansement antiseptique avec de l'iodoforme, alcool à l'intérieur.

Forme envahissante : même traitement, mais de plus cautérisations énergiques au thermocautère ou avec un caustique liquide (acide chlorhydrique) dans les limites même des tissus nécrosés, pour arrêter l'envahissement du mal.

3° VULVO-VAGINITE DIPHTÉRIQUE.

Le terme de diphtérie est pris ici dans le sens français, c'est-à-dire de maladie générale, et non dans l'acception allemande qui en fait à peu près le synonyme d'affection pseudo-membraneuse.

La diphtérie vulvo-vaginale, sauf très rares exceptions, est secondaire et survient le plus ordinairement après la diphtérie pharyngée ou laryngée.

La connaissance de la maladie antérieure en rend le diagnostic facile.

Elle est caractérisée par des plaques blanches se développant d'abord sur la vulve, puis dans le vagin, et prenant parfois une coloration grisâtre qui leur donne un aspect gangréneux.

Sous les pseudo-membranes se trouvent des ulcérations.

Les ganglions de l'aîne sont engorgés.

Traitement : médication tonique et stimulante. Pulvérisations locales phéniquées, pansement avec la solution phéniquée, ou avec du jus de citron.

4° VULVO-VAGINITE DYSENTÉRIQUE.

Cette forme s'observe à la suite de la dysenterie du gros intestin, et semble être une localisation du même élément pathogène à la surface des organes génitaux.

Elle est constituée par la formation à la surface de la vulve et parfois du vagin de *croûtes minces, jaune grisâtre*, qui tombent bientôt pour faire place à des ulcérations.

Même traitement que pour la vulvo-vaginite aphteuse.

5° VULVO-VAGINITE GRAVIDIQUE.

Cette forme est encore désignée sous le nom de vaginite *granuleuse*, car les granulations vaginales en sont l'élément caractéristique.

Ces granulations forment de petites élévations de 1 à 3 millimètres de diamètre, constituées par l'hypertrophie et la réunion de plusieurs papilles; on les aperçoit facilement au spéculum, mais on les sent encore mieux au doigt; le vagin semble émaillé d'une série de têtes d'épingles, qu'on aurait complètement piquées dans la paroi vaginale.

Ces végétations se rencontrent surtout au niveau et au voisinage des



Fig. 182. — Granulation de la vaginite. Coupe (Ruge).

culs-de-sac; elles diminuent petit à petit, à mesure qu'on approche de la vulve; on ne les rencontre pas à la surface vulvaire.

Toute la muqueuse vaginale est rouge violacé, la teinte violette étant l'œuvre de la grossesse. Même coloration de la vulve, qui participe le plus souvent à l'inflammation vaginale.

L'écoulement est franchement purulent et assez abondant.

Cette vulvo-vaginite, qui peut survenir à une période quelconque de la grossesse, le plus souvent dans la seconde moitié, résulte parfois d'une infection blennorragique; la blennorragie, influencée dans sa marche par la grossesse prend alors la forme granuleuse, et s'accompagne comme d'habitude d'urétrite; mais le plus souvent elle se produit spontanément sans trace d'infection blennorragique, sans gonococcus, sous la seule influence de la gestation; cette vaginite gravidique simple ne s'accompagne pas ordinairement d'urétrite.

L'urétrite par sa présence ou son absence permettra donc d'éliminer ou d'établir la nature blennorragique de l'affection.

L'examen microscopique sera également un adjuvant utile par la recherche des gonococcus, mais les conclusions à tirer de cet examen devront être réservées, car des microbes nullement blennorragiques peuvent simuler le gonococcus.

La vulvo-vaginite gravidique incommodé peu les femmes qui en sont atteintes; l'écoulement est seul gênant; le mari peut sans crainte de contamination pratiquer le coït alors que l'élément blennorragique est absent.

Son principal inconvénient est d'exposer le nouveau-né à l'ophtalmie purulente, l'inoculation se faisant au passage.

Cette inflammation est d'ailleurs rebelle à la plupart des traitements et ne guérit qu'avec l'accouchement. On se contente en général de lui opposer des injections vaginales au sublimé à $\frac{1}{4000}$ pendant le dernier mois de la grossesse.

6° VULVO-VAGINITE SÉNILE. — Cette vulvo-vaginite, qui se déclare au moment de la ménopause ou dans les années consécutives, est remarquable par sa ténacité, sa faible intensité par les démangeaisons et cuissons parfois insupportables qu'elle produit.

Le diabète en est fréquemment la source, mais souvent aussi sa cause nous échappe; elle paraît alors dépendre de l'âge seul, comme si la nutrition de ces organes était profondément modifiée par la mort fonctionnelle du système génital.

L'écoulement est muco-purulent, le plus souvent peu abondant.

A l'examen on trouve la muqueuse vulvo-vaginale rouge violacé, au lieu de sa coloration rose normale, mais cette coloration est peu intense; il est même parfois difficile de se prononcer à son égard.

Des ecchymoses, voire même de petites ulcérations superficielles ne sont pas très rares à la surface du vagin.

Le traitement local consiste en pansements antiseptiques pulvérulents, iodoforme ou salol, introduits avec un tampon une ou deux fois par semaine dans le vagin; la même poudre sera insufflée sur la surface vulvaire.

Le traitement général sera important; on soignera le diabète, s'il existe, par un régime approprié, sinon veiller à l'intégrité des fonctions digestives et combattre surtout la constipation.

B. — INFLAMMATIONS PROTOPATHIQUES

1° VULVO-VAGINITE TRAUMATIQUE.

Tout traumatisme prolongé comme celui causé par le séjour d'un pessaire, d'un tampon, d'une éponge, ou violent, comme celui qui résulte de brutales tentatives de défloration (cause relativement assez fréquente chez les jeunes filles) est susceptible de produire une inflammation vulvo-vaginale, dont l'intensité est habituellement faible.

La masturbation est ici un facteur pathologique important.

C'est par un mécanisme analogue que les sécrétions utérines, ou celles fournies par l'intertrigo de la face interne des cuisses, peuvent amener une inflammation vaginale, véritable traumatisme à action irritante continue. Même irritation chez les femmes, qui ne prennent pas les soins de propreté voulus.

Je mentionnerai également la vaginite produite par la présence d'oxyures, ou de l'oïdium albicans.

Cette inflammation se manifeste par de la rougeur, un écoulement muco-purulent, et parfois des ulcérations amenées par le contact direct de corps étrangers.

Traitement : *sublata causa, tollitur effectus*; quelques injections et pansements astringents suffiront pour ramener la muqueuse vulvo-vaginale à son état normal.

2° VULVO-VAGINITE SEPTICÉMIQUE.

Quand par l'intermédiaire d'une plaie vaginale ou vulvaire un élément septique pénètre dans les lymphatiques de la région, une inflammation septicémique pourra en être la conséquence.

Si l'inflammation reste superficielle, on aura les symptômes de l'érysipèle. Erysipèle du vagin, de la vulve, des régions avoisinantes.

Si l'inflammation envahit le tissu cellulaire sous-jacent et suit une marche rapidement progressive, on a les symptômes du phlegmon diffus.

Des portions de vagin nécrosées peuvent se détacher, d'où le nom de *vaginite disséquante*, donné à certaines variétés de cette affection.

La *périvaginite phlegmoneuse*, également décrite par certains auteurs, n'est autre que l'inflammation du tissu cellulaire périvaginal sous l'influence de la même cause.

Si des gaz se développent dans des tissus enflammés on aura la *vaginite emphysémateuse*; toutefois cette variété doit être distinguée d'une autre du même nom, que nous étudierons avec les tumeurs gazeuses et qui serait un emphysème du vagin se faisant sourdement, sans retentissement général, constitué par de petits kystes aériens développés dans la muqueuse vaginale.

Ces divers accidents septiques peuvent se développer pendant la puerpéralité ou en dehors d'elle.

Je n'aborderai ni leur description ni leur traitement; l'érysipèle et le phlegmon diffus, dont l'ensemble constitue la septicémie génitale, ou plutôt une des septicémies génitales, ne présentant pas de particularités suffisantes pour obliger à une description spéciale et rentrant dans le domaine de la pathologie chirurgicale.

3° VULVO-VAGINITE BLENNORAGIQUE.

J'arrive en terminant à la vulvo-vaginite la plus fréquente (la vaginite gravidique exceptée) et la plus importante, à celle que le gynécologue doit le mieux connaître, à la vulvo-vaginite blennorragique.

Un microbe dont la forme rappelle celle d'un grain de café (fig. 183 et 184) est déposé pendant l'union sexuelle à la surface génitale de la femme.

Ce microbe inoculé pullule et provoque autour de lui une réaction inflammatoire; la blennorragie est constituée.

Le début de l'inflammation a lieu tantôt par le vagin, tantôt par la cavité cervicale de l'utérus, tantôt par la vulve, tantôt par l'urètre; elle survient cinq à huit jours après l'inoculation; quand le médecin est consulté, la plus grande partie de la surface génitale est envahie et le point de départ est déjà introuvable.

L'inflammation s'accompagne de ses quatre symptômes cardinaux : douleur, rougeur, chaleur, tuméfaction.

Une sécrétion abondante de pus s'échappe de la surface génitale tachant en jaune vert le linge.

La douleur est vive spontanément; elle devient excessive et intolérable quand on veut tenter une exploration vaginale.

Si, la femme étant placée sur le fauteuil d'examen, on essaie de faire pénétrer le doigt dans le vagin, même avec beaucoup de vaseline et de douceur, la patiente pousse des cris, elle s'éloigne; la muqueuse est au summum de sensibilité, et il y a un vaginisme intense; on ne peut pénétrer qu'avec l'anesthésie locale ou générale.

Une exploration est d'ailleurs inutile, cet examen sommaire permet d'établir le diagnostic.

La nature seule de l'inflammation doit être discutée; s'agit-il d'une blennorragie ou d'une autre variété de vulvo-vaginite?

Quand l'inflammation est aussi intense, quand quelques jours auparavant, il y a eu un coït suspect, quand il y a de l'urétrite, révélée par l'examen direct et aussi par la douleur que la femme éprouve en urinant, la nature blennorragique de l'inflammation est bien probable.

L'urétrite est en quelque sorte la signature de la blennorragie; elle est le meilleur signe clinique des gonocoques; elle existe rarement avec les autres formes d'inflammation vulvo-vaginale.

En cas d'attentat à la pudeur chez les petites filles, elle est toujours attentivement recherchée par les médecins légistes, car son existence rend probable la blennorragie et par conséquent les tentatives masculines, sinon il peut être question d'une vulvo-vaginite d'une autre nature, n'ayant aucune origine contagieuse.

L'examen microscopique révélera le gonococcus, s'il s'agit de blennorragie. Toutefois cette constatation n'est pas considérée comme pathognomonique, car d'autres microbes non pathogènes peuvent exactement simuler celui de la blennorragie.



Fig. 183. — Sécrétion vaginale d'une accouchée. — Cellules épithéliales et gonocoques (Bumm).

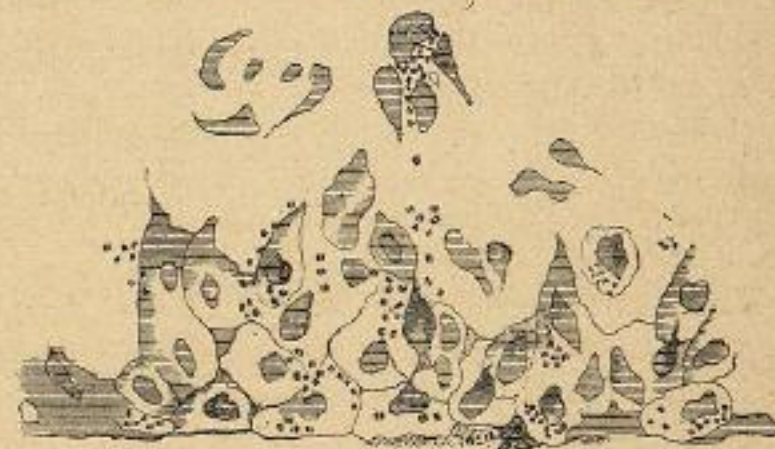


Fig. 184. — Coupe de la conjonctive palpébrale dans un cas d'ophtalmie blennorragique. Revêtement épithélial infiltré de gonocoques blennorragiques (Bumm).

Tel est du moins l'avis de plusieurs médecins légistes, parmi lesquels nous citerons *Vibert et Bordas*, dont je transcris ici textuellement l'opinion :

« le critérium que l'on veut tirer de la présence dans le pus de diplocoques, en tout semblables aux gonocoques, n'est nullement accepté par les bactériologistes les plus compétents. Bokai, Eklund, Bockhart, Bumm, déclarent de la façon la plus formelle qu'il existe dans le pus de diverses provenances, et notamment dans des écoulements des organes génitaux de la femme, des diplocoques qu'il est impossible de distinguer des gonocoques par leurs caractères morphologiques ni par leurs réactions. Bumm que nous citons spécialement parce qu'il est peut-être l'auteur qui a étudié le plus soigneusement et le plus complètement le gonocoque, décrit trois espèces de diplocoques (jaune citron, blanc de lait, blanc jaune), qu'on ne peut distinguer les uns des autres, non plus que du gonocoque, autrement que par la culture.

« En appliquant ces données à la médecine légale, on doit donc formuler la proposition suivante :

« *L'examen microscopique des écoulements vulvo-vaginaux ne permet jamais à un expert d'affirmer que telle vulvite est ou non de nature blennorragique.* »

Après cette période aiguë, qui dure quelques jours, les symptômes inflammatoires s'apaisent ; mais souvent à ce moment se produisent des complications, qui ne sont autre chose que l'envahissement par le gonocoque des territoires voisins, tels :

- La Bartholinite ;
- La cystite ;
- L'endométrite ;
- La salpingite ;
- L'ovarite ;
- La pelvi-péritonite, susceptible de dégénérer en péritonite.

Le microbe peut même être transporté par la voie sanguine dans des territoires éloignés, et causer, par exemple, une arthrite.

Les diverses complications de voisinage seront étudiées à propos de chacun des organes atteints, je ne fais ici que les mentionner pour donner une idée de la gravité possible de la blennorragie.

Cette inflammation bénigne d'apparence peut, ainsi qu'on le voit, avoir les plus graves conséquences ; en envahissant les trompes elle produit la pyosalpingite, qui détruit ces organes au point de vue physiologique et cause la stérilité ; même résultat avec une ovarite suppurée ; quant à la péritonite, elle expose la vie même de la femme.

La blennorragie dure chez la femme de un à deux mois, parfois même davantage.

¹ *La Médecine moderne*, 1891, p. 884.

Mais alors qu'à l'examen de la vulve à la vue et du vagin au spéculum, l'inflammation semble disparue, le médecin ne doit pas ignorer qu'il existe des *repaire blennorragiques*, qui deviennent la source de contagions très inattendues.

Telle femme paraît guérie qui quelques jours ou quelques semaines après donne la blennorragie par l'union sexuelle.

Ces repaires blennorragiques sont les glandes de la vulve, en particulier les glandes de Bartholin, celles qui entourent le méat urinaire, et souvent aussi l'urètre ainsi que la cavité cervicale de l'utérus.

Quand avec une surface génitale d'apparence normale, on exerce une compression sur les glandes en question, on fait soudre une ou deux gouttelettes de pus ; l'urètre également sert son contenu à une pression postéro-antérieure faite par le vagin.

Pour le col, après avoir appliqué le spéculum, si on pousse avec une pince dans l'orifice externe un petit tampon de coton, on le ramène souvent recouvert d'une gouttelette purulente ; une goutte de pus suffit à donner plusieurs blennorragies par inoculation.

C'est cette même gouttelette microbienne, cachée en quelque sorte dans son terrier qui s'échappe au moment du coït, chassée par la compression masculine ; elle contamine celui même qui l'a troublée dans son repos.

À côté de la forme aiguë de la blennorragie, dont il vient d'être question, il en est d'*atténuées*, de *larvées*, qui sont parfois très embarrassantes pour le gynécologue.

Voici la forme la plus commune : un homme se marie, ayant eu la chaude-pisse deux ou trois ans auparavant, il a encore une légère *goutte militaire*, dont il n'a pu se débarrasser, c'est-à-dire que le matin avant d'uriner en comprimant l'urètre, il fait poindre au méat une petite gouttelette jaune pâle.

Il n'attache aucune importance à ce léger inconvénient.

Le mariage a lieu ; les premières approches conjugales se font sans accident, puis au bout de trois ou quatre mois, la femme souffre, les règles deviennent douloureuses, il y a un peu d'endométrite.

Puis bientôt un malaise dans tout le bas-ventre avec douleurs dans les reins et dans les aines ; l'examen direct démontre l'existence d'une endométrite et d'une double salpingite catarrhale, parfois avec un peu d'ovarite ; le vagin et la vulve sont d'ailleurs normaux.

L'inflammation endo-utérine et endo-salpingienne est le résultat de l'inoculation de la goutte militaire.

La femme doit être condamnée au repos, traitée par les révulsifs ; parfois la lésion des trompes est suffisante pour produire la stérilité.

En somme, la maladie est bénigne d'apparence, le mari croit ne rien avoir à se reprocher, et néanmoins il a apporté l'infécondité dans le mariage.

La conclusion est qu'on ne saurait traiter avec trop de sollicitude la blennorragie chez la femme comme chez l'homme.

Examinons quel doit être ce *traitement* chez la femme.

Le traitement de la vulvo-vaginite blennorragique consiste en :

Bains;
Injections;
Suppositoires;
Tampons médicamenteux.

1° *Bains*. — Les bains sont le seul traitement qu'on puisse appliquer pendant la période aiguë, alors que l'accès du vagin est fermé par l'intensité même de l'inflammation.

Les bains sont ou simples ou mélangés d'amidon. Ils seront donnés tous les jours pendant une heure environ.

La vulve sera lavée trois à quatre fois par jour avec une solution légèrement antiseptique (acide phénique à $\frac{1}{200}$, de sublimé à $\frac{1}{4000}$).

Garder le repos aussi complet que possible¹.

2° *Injections*. — Aussitôt que les symptômes inflammatoires se sont calmés, et que le vagin est devenu accessible, tout en continuant les grands bains on fera prendre à la femme une injection matin et soir de quatre litres environ avec une des solutions suivantes :

Soit alun ou tanin	1 cuillerée à soupe par litre.
Soit coaltar saponiné.	émulsion au 1/5.
Soit sulfate de cuivre.	20 grammes par litre.
Soit permanganate de potasse.	1 gramme par litre.

On s'accorde actuellement à reconnaître que le permanganate de potasse est l'antiseptique qui combat le plus heureusement le gonococcus; c'est donc à lui qu'on devra accorder la préférence pour les injections anti-blennorragiques.

3° *Suppositoires*. — Après chaque injection on fera placer dans le vagin un des suppositoires suivants :

Tanin	3 grammes.
Glycérine.	0,50 —
Beurre de cacao	q. s.

Pour un suppositoire.

La femme doit rester étendue pendant les deux premières heures qui suivent l'application du suppositoire, sans quoi il serait expulsé du vagin à mesure qu'il fondrait, sans produire d'action topique sérieuse.

4° *Tampons*. — Le traitement qui précède, avec bains, injections et suppositoires, peut suffire à la guérison, cependant les applications de tampons

¹ La femme, si elle peut être dressée à cela, se trouvera bien de l'introduction pendant le bain d'un spéculum grillagé, aussitôt que cette introduction devient possible.

seront suivis d'une cure plus rapide, et devront être préférées, quand la femme est en situation de se faire panser par un médecin.

Quant à l'application des tampons par la patiente même, je la crois peu pratique, malgré les appareils plus ou moins ingénieux qui ont été inventés dans ce but.

Les tampons seront imbibés de glycérolé de tanin, ou de glycérolé d'iodoforme; ils seront appliqués aussi gros que possible, du volume d'une noix à celui d'une mandarine, car outre l'influence des médicaments dont ils sont chargés, ils agissent très heureusement en isolant l'une de l'autre les parois vaginales; l'isolement sera d'autant plus complet que le tampon sera plus gros.

Quand l'inflammation semble terminée, il faut avoir soin d'explorer toute la surface vaginale, chercher les *repaires blennorragiques* dont il a été précédemment question, de manière à ne respecter aucun territoire où le gonococcus puisse pulluler.

Pour les glandes malades il sera nécessaire de les inciser après anesthésie locale préalable, de manière à cautériser leur intérieur. Quant aux glandes de Bartholin, il sera plus sûr d'en faire l'extirpation totale, si on la juge nécessaire.

III

ÉRUPTIONS ET ULCÉRATIONS VULVO-VAGINALES

SOMMAIRE

- a. *Contagieuses*.
1. Herpès.
 2. Folliculite.
 3. Chancre mou.
 4. Manifestations syphilitiques.
 5. Lupus (tuberculeux).
- b. *Non contagieuses*.
1. Eczéma.
 2. Psoriasis.
 3. Pemphigus.
 4. Kraurosis.

Dans la description des éruptions et ulcérations vulvo-vaginales, pas plus que dans celle des tumeurs, on ne trouvera de chapitre spécial réservé à l'*esthiomène*.

L'*esthiomène* en effet n'est pas une maladie définie, c'est un syndrome, dans la description duquel on a confondu des maladies différentes: épithélioma, ulcérations syphilitiques tertiaires, tuberculose, éléphantiasis.

Or chacune de ces maladies sera étudiée au chapitre qui lui est réservé. *Esthiomène* et *lupus* ne sont pas non plus synonymes, car le *lupus* est le nom générique sous lequel on a décrit, avant de connaître leur nature, les