

15/6/18
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1880

THÈSE

N° 139692

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 janvier 1880, à 1 heure.

PAR CHARLES-ADONIS FAILLE

Né à Juniville (Ardennes), le 27 juin 1829.

DE LA

VULVO-VAGINITE DES PETITES FILLES

Président : M. JACCOUD, professeur.

*Juges : MM. } BROUARDEL, professeur.
 } GRANCHER, DEBOVE, agrégés.*

FACULTÉ DE
LABOR
de Médecine
LYON

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1880

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. VULPIAN.

Professeurs.....	MM.
Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie.	BECLARD.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	JACCOUD.
	PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT.
	GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	LE FORT.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	BOUCHARDAT
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE
Pathologie comparée e. expérimentale.	VULPIAN
	SEE (G.).
Clinique médicale.	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.	PARRÔT.
Clinique de pathologie mentale et des mala- dies de l'encéphale.	BALL
	RICHET.
Clinique chirurgicale,	GOSELIN
	BROCA.
	VERNEUIL
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements.	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

et MM. BOUILLAUD, le Baron J. CLOUET et DUMA .

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	DELENS.	HENNINGER.	POZZI.
BERGER.	DIEULAFOY.	HUMBERT.	RENDU.
BERGERON.	DUGUET.	DE LANNESSAN.	RICHET.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	RICHELOT
BOURGOIN.	FARABEUF.	LEGROUX.	RIGAL.
CADIAT.	FERNET.	MARCHAND.	STRAUS.
CHANTREUIL.	GAY.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GRANCHER.	OLLIVIER	TERRILLON.
DEROVR.	HALLOPEAU.	PINARD.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. N.
— des maladies des enfants.	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires.	N.
— des maladies syphilitiques	N.
Chef des travaux anatomiques.	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

**A MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE REIMS**

**A MES PROFESSEURS DE SCIENCES
ET DE LETTRES, MM. PIERMÉ ET OGÉE**

A LA MÉMOIRE DE M. GRANVAL

Pour ses généreuses leçons de chimie.

A MES AMIS

DE LA

VULVO-VAGINITE

DES PETITES FILLES

INTRODUCTION.

Nous nous proposons dans ce travail d'étudier les écoulements purulents de la vulve des petites filles, particulièrement au point de vue de leur siège, nous réservant, lorsque nous croirons avoir établi leur origine, d'en tirer des conséquences au point de vue thérapeutique.

Notre intention est de ne nous occuper ici que des écoulements spontanés, laissant volontairement de côté, ou plutôt, rejetant au chapitre du diagnostic, ceux qui résultent des attentats à la pudeur commis sur les petites filles. Nous nous sommes basé, pour faire cette étude, sur les observations recueillies dans le service de M. le professeur Parrot à l'hospice des Enfants Assistés.

Nous devons dire immédiatement que nous avons été frappé d'un désaccord entre les faits que nous avons observés et les descriptions données jusqu'à présent par les auteurs. On peut lire, en effet, dans le traité pratique des



maladies des nouveau-nés par M. Bouchut : « Le siège de la leucorrhée chez les petites filles diffère absolument du siège de la leucorrhée chez la femme et chez la jeune fille pubère. Tandis que chez l'adulte la leucorrhée est toujours **vaginale ou utérine**, chez la petite fille, la leucorrhée est toujours **vulvaire** ; elle n'occupe que les parties externes de la génération. C'est la muqueuse des grandes et des petites lèvres, de l'orifice de la vulve, qui est affectée. La suppuration vient de l'extérieur et le vagin n'y est pour rien. »

Courty dans son article *leucorrhée* (dictionnaire de Deschambre) pose les mêmes conclusions. « La leucorrhée vulvaire est fréquente chez les enfants, surtout chez les petites filles scrofuleuses et dartreuses ; elle est évidemment due à un excès de sécrétion, à une éruption dartreuse, à un travail superficiel d'ulcération causé ou entretenu par le vice scrofuleux, comme le sont habituellement à cet âge les maladies suppuratives des autres muqueuses, notamment les maladies des muqueuses qui avoisinent les orifices et, en particulier, les orifices des organes des sens, la muqueuse des lèvres, la membrane de Schneider, la conjonctive, le conduit auditif externe. *Elle s'étend rarement au vagin* ; je l'ai vue pourtant aller au-delà, et je me rappelle avoir trouvé chez une petite fille de 12 ans, dont je fis l'autopsie, l'utérus et la moitié externe des trompes farcis et distendus par des débris épithéliaux formant une masse d'apparence caséuse. »

Nous devons noter que M. Courty n'est pas aussi affirmatif que M. Bouchut ; tandis que ce dernier affirme que le vagin est toujours indemne, M. Courty reconnaît que l'affection peut s'étendre au vagin, bien que pour lui, cela

ait lieu rarement. Quant à ces débris épithéliaux qu'il a rencontrés dans l'utérus et la moitié externe des trompes, il nous semble bien difficile d'y voir une leucorrhée proprement dite, car, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, il y a une différence capitale à établir entre ces accumulations de débris épithéliaux dans les organes génitaux et l'écoulement muqueux ou muco-purulent de la leucorrhée proprement dite.

M. Stoltz, dans son article « Leucorrhée » du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, n'étudie que la leucorrhée utérine et vaginale des adultes. « Quant à la leucorrhée vulvaire, dit-il, il ne faut pas la confondre avec celle qui a lieu dans l'intérieur du canal génital et qui est *seule* assez abondante et continue pour donner lieu à un écoulement leucorrhéique dans le sens où on l'entend généralement. »

On voit donc que M. Stoltz fait jouer à l'écoulement utéro-vaginal le rôle principal et primordial chez les adultes ; bien qu'il ne fasse pas mention des petites filles, nous signalons tout particulièrement cette manière de voir qui permet d'établir une analogie entre l'opinion de Stoltz et celle qui fait le sujet de notre travail.

Rappelons le Mémoire d'Adolphe Richard dans la Gaz. des hôpitaux 1857, celui de Paul Guersant dans le bulletin de thérapeutique, 1865, sur la leucorrhée chez les petites filles ; et aussi celui de Rayer sur les inflammations non virulentes de la muqueuse des organes de la génération chez les enfants, 1821.

Nous nous proposons de démontrer dans ce travail que, chez les petites filles, la vulvite est presque constamment liée à la vaginite ; que la vaginite a été la plupart

du temps méconnue, la vulvite attirant seule l'attention des observateurs.

Les considérations qui vont suivre auront pour objet de justifier ces propositions.

CONSIDÉRATIONS D'ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE.

Si l'on veut bien comprendre pourquoi l'écoulement vaginal n'a pas été constaté par la plupart des observateurs, il est indispensable de posséder une notion exacte de la conformation des parties génitales des petites filles.

Sans entrer à cet égard dans des détails minutieux d'anatomie descriptive, il suffira de signaler la configuration extérieure et la disposition générale des parties sexuelles chez l'enfant.

Chez les petites filles, l'aspect général des parties extérieures de la génération a été judicieusement signalé par MM. Devergie, Tardieu et Toulmouche.

Deux systèmes sont réunis dans les mêmes parties : le système urinaire et le système génital. Tandis que ce dernier prédomine chez la femme et la jeune fille, le système urinaire tient la plus grande place chez l'enfant. Aussi voit-on, chez les petites filles, la vulve largement ouverte à sa partie supérieure de manière à laisser voir le clitoris, les petites lèvres et l'orifice urétral ; elle est fermée au contraire à sa partie inférieure : et c'est seulement lorsqu'on attire en bas la commissure inférieure de la vulve, que l'on

peut voir la membrane hymen, le bord libre de cette membrane et l'entrée du vagin.

Cette disposition est tellement frappante que lorsqu'on veut sonder les enfants, il semble qu'on pénètre dans le vagin avec la sonde, alors que cet instrument s'introduit dans l'urèthre ; c'est la disposition inverse que l'on constate chez l'adulte.

Ajoutons que l'orifice vaginal déjà peu apparent en vertu de la conformation que nous venons de signaler est presque complètement fermé déjà par la membrane hymen, et que, de plus, le tout se trouve encore recouvert par la limite inférieure de la vulve qui forme une bride plus ou moins saillante tendue [au-devant du vagin, derrière laquelle se trouve un cul-de-sac assez profond (canal vulvaire) qui la sépare de la membrane hymen.

On voit donc que les seules parties accessibles à la vue, si l'on a soin de ne pas exercer de traction, sont de haut en bas : le clitoris, les petites lèvres, l'orifice externe de l'urèthre, la commissure inférieure de la vulve, le tout bordé de chaque côté par les grandes lèvres, et que ce n'est qu'en attirant fortement en bas la fourchette que l'on peut découvrir la membrane hymen et l'orifice vaginal.

On conçoit, d'après cette disposition que l'on ait pu rapporter uniquement aux parties externes la suppuration qui, en réalité, vient des parties profondes.

Ceci posé, il nous reste encore à déterminer :

1^o La nature et les caractères de l'écoulement.

2^o Son point de départ.

L'écoulement est constitué par un liquide de couleur jaune verdâtre, généralement assez épais, de réaction acide. Il est assez abondant, en général, pour baigner non seulement

Faillie.

2

les parties génitales, mais encore les parties voisines, pli cruro-génital, partie supérieure et interne des cuisses, périnée, anus, où il se concrète sous forme de croûtes jaune-grisâtres. Doué de propriétés irritantes, ce produit morbide détermine souvent sur le tégument cutané ou muqueux des altérations diverses telles que l'érythème, ulcérations etc. Loin de ressembler à l'écoulement leucorrhéique des femmes, c'est un véritable pus crôneux, phlegmoneux, dans lequel on retrouve une grande quantité de leucocytes et de cellules épithéliales déformées.

Il est intéressant de rechercher d'où provient cet écoulement. La vulve, comme on le sait, renferme un grand nombre de glandes : des glandes sudoripares existent au niveau du pénil et de la face externe des grandes lèvres. Ces glandes sont mélangées aux glandes sébacées de la base des bulbes pileux. Les glandes sébacées sont en nombre très considérable ; elles ont en moyenne, d'après Martin et Léger, un millimètre de diamètre. On en trouve également à la face interne des grandes lèvres et encore de plus nombreuses et plus petites sur les deux faces des petites lèvres, surtout à leur face interne. Il en existe encore à la fourchette, au prépuce du clitoris, mais on n'en trouve pas sur le vestibule ni au pourtour du méat urinaire.

Ces glandes lubrifient les organes génitaux au moyen d'une matière onctueuse et odorante qu'elles secrètent.

D'autres glandes dites follicules mucipares se présentent isolées et agminées. Huguier en décrit quatre groupes : Follicules *vestibulaires*, *uréthraux*, uréthraux *latéraux* et latéraux de l'*entrée du vagin*. Ces follicules manquent souvent et sont difficiles à trouver. Plusieurs anatomistes, entre

autres M. Sappey nient leur existence. Notons enfin les glandes vulvo-vaginales, organes mucipares dont tous les follicules sont enfermés dans une même enveloppe aboutissant à un canal excréteur unique. Ces glandes sont au nombre de deux, une à droite l'autre à gauche ; Huguier a ainsi précisé leur situation anatomique. « On les rencontre sur les parties latérale et postérieure du vagin, à un centimètre environ au-dessus de la face supérieure de l'hymen ou des caroncules myrtiliformes, dans l'espace angulaire qui résulte de l'adossement du rectum et du vagin, au-dessous de l'extrémité inférieure du bulbe. »

Cette description justifie le nom de vulvo-vaginale donné à ces glandes. Leur développement est en rapport avec l'activité des fonctions sexuelles ; du volume d'un pois ou d'une noisette dans la période moyenne de la vie, elles sont très petites au moment de la puberté, et à plus forte raison dans l'enfance. Le liquide qu'elles sécrètent est filant, onctueux, incolore ou parfois légèrement opalin.

La part qui revient à ces glandes dans l'affection qui nous occupe, nous paraît secondaire. Y a-t-il, comme l'indique M. Bouchut à la suite du suintement muco-purulent, particulièrement irritant comme dans la rougeole par exemple, une folliculite vulvaire suivie d'ulcérations à bord rouge, à fond grisâtre, pseudo-membraneux, ayant l'aspect des aphthes de la bouche, ulcérations qui peuvent être le point de départ de la gangrène ? Nous ne le croyons pas, pour deux raisons :

1° dans la vulvo-vaginite, on peut voir survenir des ulcérations, mais elles sont superficielles ; le revêtement épithélial seul est détruit, et cela, sur une grande étendue à la face in-

terne des grandes lèvres, là où il n'existe pas de follicules muicipares. Ces ulcérations, dont les bords très irréguliers sont à peine saillants, dont le fond présente une teinte jaunâtre, ne produisent jamais la gangrène de la vulve et guérissent par de simples soins de propreté ;

2^o quant à ces ulcérations dont parle M. Bouchut et qui surviennent dans le cours de la rougeole, elles sont, comme le fait remarquer M. le professeur Parrot, tout à fait différentes au point de vue de leur aspect, de leur pronostic et de leur terminaison. Et d'abord, elles ont un siège spécial, les petites lèvres, le capuchon du clitoris, le clitoris lui-même et le vestibule. Elles sont multiples ; elles débutent par de petites vésicules pleines de sérosité, qui se rompent et laissent à leur place de véritables ulcérations arrondies, à bords rouges, taillés à pic, à fond grisâtre et qui, si elles ne sont pas combattues par un traitement spécial s'agrandissent et deviennent le point de départ d'une gangrène plus ou moins étendue.

En somme, pour ce qui concerne la vulvite, on ne peut pas localiser uniquement dans les glandes le point de départ de l'affection ; mais on doit considérer que la muqueuse tout entière est atteinte. Quant à l'écoulement vaginal, son origine est plus difficile à déterminer ; si l'on admet que le liquide muco-purulent provient des glandes enflammées, le vagin, qui, d'après Robin (dictionnaire de Nysten), Syler-smith (*The pathology and treatment of leucorrhea*, 1855). Scanzoni (*Traité pratique des organes sexuels de la femme*), Mandl, Kölliker, ne renferme que peu ou point de follicules muqueux, ne peut évidemment point être la source de l'écoulement.

Mais, à côté de ces auteurs qui nient l'existence des glandes, Husch en décrit un très grand nombre, principalement dans la partie supérieure de la muqueuse. En examinant des pièces injectées, il a trouvé que les ouvertures de ces glandes avaient un millimètre de long sur $\frac{1}{6}$ de millimètre de large, que leur distance était de $\frac{1}{3}$ de millimètre.

Paul Dubois, de son côté, admet leur présence, mais dans la partie inférieure du vagin seulement (Accouchements, Paris. 1849), Jarjavay (Anatomie chirurgicale), Jamain (anatomie descriptive), Richet (Anatomie médico-chirurgicale), Bécquerel (Maladies de l'utérus), Fano, Guérin (maladies des organes génitaux de la femme), Sappey, disent la muqueuse vaginale riche en glandes mucipares.

L'opinion de ces auteurs est conforme, du reste, à celle de Cruveilhier qui disait déjà en 1834, en parlant du vagin, « les follicules muqueux y sont faciles à démontrer. » La question de l'existence ou de l'absence des glandes du vagin n'est pas sans importance dans la production du liquide muco-purulent de la vulvo-vaginite. Mais il serait, croyons-nous, inexact de ne pas faire jouer à la muqueuse elle-même un rôle prépondérant. Somme toute, les anatomistes modernes disent que la présence de follicules dans le vagin est une exception. Courty, qui n'a pas pu trouver le moindre vestige de glandes vaginales, admet que si la muqueuse du vagin n'a pas de sécrétion proprement dite, elle est le siège d'une exhalation entre les cellules de son revêtement épithélial, d'un fluide habituellement très rare pouvant devenir abondant surtout lorsqu'il y a irritation et desquamation partielle de

la muqueuse, et donnant alors naissance à la leucorrhée vaginale. Il fait jouer le rôle capital aux modifications de l'épithélium de la muqueuse; sous l'influence d'une irritation légère, l'épithélium prolifère et tombe dans la cavité : il en résulte une humidité vaginale plus grande que d'habitude et l'apparition à la vulve d'un peu de liquide blanc laiteux ; la muqueuse est plus rouge que d'habitude. Si l'irritation est plus forte, si la multiplication et la desquamation de l'épithélium vaginal sont plus considérables, il peut arriver que dans cette sorte d'excrétion, l'élément solide ou l'élément liquide prédomine. La prédominance de l'élément solide se traduit par une accumulation de cellules épithéliales aplaties, desséchées se détachant aussi rapidement qu'elles se produisent; le vagin est rempli par une matière blanche qui, au lieu d'être liquide comme du lait, est épaisse comme du fromage. Cet état, disons-le en passant, s'observe fréquemment chez les enfants qui viennent de naître et chez lesquelles on voit s'échapper du vagin une substance blanchâtre et crémeuse formée de cellules épithéliales réunies par du mucus.

La prédominance de l'élément liquide au contraire, preuve d'une irritation plus intense, se manifeste non seulement par la multiplication des cellules épithéliales, mais encore par une exhalation surabondante d'un liquide par toute la surface de la muqueuse. Celle-ci, rouge, tuméfiée, dépouillée de son épithélium, sécrète un grand nombre de globules de pus qui, mélangés à la sérosité, aux débris d'épithélium, donne naissance à un écoulement d'une teinte jaune purulente ou verdâtre plus ou moins foncée.

ETIOLOGIE.

La vulvo-vaginite des petites filles comporte au point de vue de l'étiologie, l'étude de l'état général et de l'état local.

Nous divisons donc les causes, en *causes d'origine constitutionnelles* ou diathésiques et en *causes locales* ou d'irrigation directe.

Causes générales : Le tempérament lymphatique est la cause la plus puissante qui préside au développement de la vulvo-vaginite des enfants. Nous avons vu le plus souvent cette affection chez des sujets de 3 à 8 ans, à teint pâle, à chairs flasques, à constitution délicate, soumises à de mauvaises conditions hygiéniques. Aussi, la vulvo-vaginite se montre-t-elle chaque fois que l'encombrement, la mauvaise hygiène, l'absence d'exercices suffisants, en un mot toutes les causes de débilitation ou d'anémie se trouvent réunies. Elle est fréquente aussi chez les petites filles scrofulieuses et dartreuses : elle coexiste ou elle alterne avec des croûtes à la tête, de l'impétigo, de l'eczéma, de l'herpès (Courty). Chez les nouveau-nés et dans la première enfance, nous n'avons pas rencontré d'exemple de cette affection.

Causes locales : La malpropreté, l'accumulation de matières sébacées sur les parties génitales, doivent être signalées en premier lieu ; d'où la nécessité, comme il sera dit à l'article *Traitement*, de donner aux enfants les

soins minutieux. L'onanisme est une cause qui doit être signalée; (mais il ne faut pas confondre l'onanisme *cause* avec l'onanisme *effet*). Ce prurit de la vulve, conséquence d'une vulvo-vaginite de cause quelconque, mais indépendante de l'onanisme seul, amène les petites filles à la masturbation en raison de l'irritation dont leurs parties génitales externes sont le siège: et si, méconnaissant la filiation des phénomènes on disait que, chez les petites filles, l'onanisme a amené la vulvite, ce serait le contraire de la vérité, puisque c'est la vulvite, qui aurait amené l'onanisme, et l'on prendrait l'effet pour la cause.

Les attentats à la pudeur qui sont très communs, d'après Bouchut, engendrent, par attrition des parties, une inflammation simple suivie de leucorrhée, ou par contamination blennorrhagique ou syphilitique.

Dans ces deux derniers cas, il se produit une véritable blennorrhagie ou la syphilis.

Signalons les éruptions d'herpès, les oxyures du rectum, qui viennent irriter la muqueuse vulvaire.

Courty a vu la vulvo-vaginite se produire au moment de la dentition chez les jeunes enfants. D'après Rayer, sa plus grande fréquence correspond à l'époque de la seconde dentition: signalons aussi le diabète sucré dont on connaît quelques exemples chez les jeunes enfants; ne pourrait-il pas, par l'irritation et le prurit vulvaire qui en résulte, être une cause, dans certains cas, de la vulvo-vaginite?

La vulvo-vaginite, que l'on pourrait appeler *secondaire* avec MM. d'Espine et Picot, par opposition à celle qui est *primitive* de cause locale, s'observe surtout dans la convalescence des fièvres éruptives, de la fièvre ty-

phoïde, de la diphthérie; elle est aussi provoquée souvent par une éruption vésiculaire de la vulve.

SYMPTOMATOLOGIE.

Le début de la maladie a lieu souvent d'une manière tout à fait latente. Son invasion passe inaperçue, et la sécrétion peut être très abondante sans que l'attention ait été attirée de ce côté.

Ce n'est que par hasard, soit en lavant l'enfant, soit en examinant la chemise qu'elle porte, que l'on découvre les premières traces de l'affection. Dans d'autres circonstances, au contraire, il existe dès le début un prurit continu insupportable, qui provoque les petites filles à se gratter, et ces manœuvres répétées à chaque instant attirent l'attention des parents.

Ce prurit, accompagné d'une sensation de chaleur au niveau des grandes lèvres, s'exaspère par le contact des vêtements, les attouchements, les frottements qui résultent de la marche ou le passage de l'urine. On constate à ce moment les signes de la maladie confirmée. Ceux-ci sont bien différents suivant que la marche est aiguë ou chronique, et, dans la forme aiguë que nous allons étudier en premier lieu, nous passerons successivement en revue les signes physiques, fonctionnels et généraux.

A. — *Les signes physiques* sont les plus importants à la vue; après avoir écarté les cuisses de l'enfant, on

Faillie. 3

constate des parties génitales *rouges, tuméfiées, baignées* par un écoulement purulent.

Revenons sur chacun de ces signes :

1° La rougeur occupe à première vue les petites lèvres, le clitoris et le pourtour de l'orifice urétral. Cette rougeur est plus ou moins intense. Tantôt à peine marquée elle peut dans certains cas présenter une teinte violacée. Il n'est pas rare de la voir s'étendre à la face interne des grandes lèvres et même envahir leur face cutanée.

Lorsqu'on abaisse la commissure postérieure de la vulve, on voit également que toute cette rougeur s'étend à toute la muqueuse qui tapisse la fosse naviculaire et l'orifice du vagin.

2° Outre cette rougeur, on constate presque toujours une tuméfaction notable de la muqueuse des petites lèvres qui sont épaissies dans toute leur étendue, recouvrant à peine le clitoris dont le volume peut atteindre des dimensions parfois considérables au point d'atteindre le volume de l'extrémité du petit doigt.

Toute la muqueuse située entre le clitoris et les petites lèvres est boursouflée. La fosse naviculaire paraît en partie comblée par des saillies rougeâtres volumineuses, constituées par des replis de tuméfaction de la muqueuse enflammée.

3° Toutes ces parties sont baignées par un liquide purulent d'une couleur jaune verdâtre, crémeux, d'une odeur fétide et dont la quantité est souvent considérable. Ce liquide s'accumule sous forme de couches épaisses, dans toute les anfractuosités, à la face interne des petites lèvres, sous le clitoris et principalement dans ces replis profonds que présente la muqueuse dans la fosse naviculaire.

C'est le moment de signaler une particularité des plus importantes et qui ne paraît pas avoir été signalée jusqu'à présent par les auteurs qui ont décrit la vulvite des petites filles. Après avoir lavé avec soin les parties génitales et s'être assuré qu'il ne reste plus trace de pus, *si l'on commande à l'enfant de pousser*, on voit sourdre à l'orifice de l'hymen une quantité de pus parfois considérable. Ce pus épais, crémeux, jaune verdâtre, explique pourquoi le nom de vulvo-vaginite au lieu de celui de vulvite. L'issue de cette quantité de pus par le vagin, explique ce fait observé par nous dans plusieurs circonstances, *que les enfants qu'on vient de laver sont presque aussitôt après, baignés d'une nouvelle quantité de pus*. Si l'on n'était prévenu de ce fait, on pourrait attribuer à la négligence des personnes chargées de soigner les enfants, ce qui, en réalité n'est que la conséquence de l'accumulation du pus dans le vagin. Nous croyons devoir insister sur ce phénomène : c'est faute d'avoir négligé cette manœuvre bien simple, que la vaginite a été jusqu'à présent méconnue. L'erreur qui en résulte est importante, non seulement au point de vue du diagnostic, mais encore et surtout au point de vue du traitement ; car il est facile de comprendre qu'en pareil cas, le médecin qui a méconnu la vaginite, ne peut obtenir la guérison de l'enfant s'il se borne à combattre seulement l'inflammation des parties génitales externes.

Parmi les symptômes physiques, nous devons signaler l'engorgement ganglionnaire. Dans la plupart des cas, mais pas dans tous, on constate cet engorgement ganglionnaire soit d'un seul, soit des deux côtés. Ce sont les ganglions les plus internes du pli de l'aîne, ceux auxquels

se rendent les lymphatiques de la vulve, qui sont pris. On trouve là un ou deux ganglions engorgés, légèrement douloureux à la pression. Cette adénite est toujours bénigne, et nous ne connaissons pas de cas où elle ait déterminé la formation d'un adéno-phlegmon suppuré. L'écoulement du pus est souvent assez abondant pour sortir des limites de la vulve et venir baigner les grandes lèvres, le périnée, le pourtour de l'anus, les parties supérieures et internes des cuisses. Sur tous ces points, il se dessèche et forme, en se concrétant, des taches d'un jaune vert sale qui s'enlèvent facilement par le grattage. Ces mêmes taches, on les retrouve sur la chemise de l'enfant; elles forment des plaques d'une couleur jaunâtre ou verdâtre sur le linge en lui laissant une certaine raideur. Ce liquide doué de propriétés âcres et irritantes ne tarde pas à provoquer, sur les portions de la peau avec laquelle il est en contact, une irritation en général assez vive. La peau rougit, devient douloureuse; il se développe un érythème plus ou moins intense; cet érythème se voit surtout sur les grandes lèvres d'où il s'étend en arrière vers l'anus. Plus rarement il s'étend jusqu'à l'aîne et les parties supérieures et internes des cuisses.

Nous verrons plus loin à propos de la marche de l'affection, que l'irritation des téguments peut aller jusqu'à la formation d'ulcérations superficielles.

B. — *Signes fonctionnels.* — Il est rare que cette affection détermine de la douleur proprement dite. Ce sont plutôt des sensations de cuisson, de démangeaison plus ou moins intense; c'est un prurit incessant accru par la marche, par le contact des vêtements et qui porte, comme nous

l'avons déjà dit, les petites filles à se gratter et peut déterminer ainsi des habitudes d'onanisme. De plus, comme le liquide est très irritant, si les enfants après avoir porté les mains à la vulve et s'être sali les doigts, se frottent les yeux, il en résulte quelquefois des ophthalmies purulentes très graves, d'où la nécessité de mettre aux petites malades des gants et surtout des chemises longues nouées au bout des pieds.

C. — *Signes généraux.* — Dans la plupart des cas, il n'y a rien de changé dans l'état général ; cependant, on a signalé, lorsque l'inflammation est vive, un peu de fièvre et d'anorexie.

La durée de la vulvo-vaginite des petites filles est généralement longue. La période aiguë dure ordinairement de une à deux semaines, plus ou moins, suivant la violence de l'inflammation. Celle-ci est-elle intense, on peut voir survenir un phénomène, bénin par lui-même et dont nous n'avons pas encore parlé, ce sont les ulcérations de la vulve, presque toujours peu profondes ; elles résultent de la destruction, comme nous l'avons dit dans les détails d'anatomie pathologique, de la couche épithéliale. Les parties superficielles du derme seules sont mises à nu : il en résulte des ulcérations qui n'ont d'importance que par leur étendue, dont les bords sont à peine saillants, et le derme dénudé offre un aspect jaunâtre. Ces ulcérations occupent le plus souvent la face interne des grandes lèvres, la commissure postérieure d'où elles gagnent quelquefois le périnée.

On peut voir quelquefois le derme dénudé donner naissance à de petites hémorrhagies légères et de peu de durée. Il est rare que ces ulcérations vulvaires persistent long-

temps ; il suffit la plupart du temps de soins de propreté pour les faire disparaître.

La période aiguë passée, l'écoulement purulent diminue progressivement sous l'influence des moyens thérapeutiques. La tuméfaction et la rougeur disparaissent peu à peu ; l'engorgement ganglionnaire, s'il a existé, se résorbe et la guérison se fait d'une manière définitive au bout de trois à quatre semaines environ.

C'est là la terminaison la plus favorable ; mais il faut être bien prévenu que la vulvo-vaginite des petites filles est une affection bien souvent tenace et rebelle, qui tend à passer à l'état chronique et à persister ainsi pendant plusieurs mois. Les symptômes fonctionnels de prurit et de démangeaison diminuent ou disparaissent ; la tuméfaction et la rougeur finissent par être à peine marquées, mais il persiste un écoulement muqueux (leucorrhée des petites filles) qui ne cesse qu'à la longue.

C'est surtout lorsqu'elle est provoquée par une éruption herpétique qu'on peut la voir se perpétuer sous l'influence de poussées successives de vésicules.

A part sa durée longue, et, mettant de côté l'abondance de l'écoulement, qui certainement est une cause d'affaiblissement pour les enfants atteintes de vulvo-vaginites, nous ne sachons pas que cette affection donne naissance à de véritables complications. On ne peut donner ce nom aux ulcérations bénignes que nous avons décrites, lesquelles guérissent toujours assez rapidement sans jamais s'accompagner de gangrène vulvaire. Nous avons vu que l'adénite se terminait par résolution et sans provoquer la formation d'abcès. Rappelons que M. Behrend a décrit sous le nom de vulvo-vaginite phlegmoneuse, une inflamma-

tion aiguë et profonde de la vulve, qui se termine souvent par un abcès. Cette affection est rare chez les petites filles.

« Ueber die Entzündung der 'ausseren Geschlechtstheile bei klenen Mädchen. Journ. für kinderkrankh., X, 25. »

Nous ne connaissons pas de faits où il y ait eu en même temps que la vaginite, de l'urétrite et de la cystite. Reste à savoir si cette vulvo-vaginite peut donner naissance à des ophthalmies. Sur ce point on nous permettra d'être réservé : nous n'avons par nous même aucun fait à l'appui. Le pus de cette vulvo-vaginite est-il virulent ? est-il capable de donner lieu à une ophthalmie purulente ? M. Bouchut insiste beaucoup sur la nécessité d'empêcher les petites filles de porter aux yeux leurs doigts souillés du pus vulvaire dans la crainte « de voir se produire des ophthalmies purulentes très graves. »

De son côté, Courty paraît ne pas avoir rencontré de pareils faits ; ils eussent été assez graves pour le frapper.

Desmarres paraît avoir rencontré cette complication ; il a donné à l'ophthalmie développée en pareille circonstance une dénomination spéciale de « conjonctivite leucorrhéique ou vaginale » et il décrit sous ce nom une ophthalmie qui se voit chez les petites filles lymphatiques affectées de leucorrhée vulvaire. Il faut pour cet auteur, qu'il y ait inoculation directe du pus génital sur la conjonctive oculaire.

Cette conjonctivite vaginale est rarement aussi grave que la conjonctivite blennorrhagique ; il est rare qu'elle dépasse les limites d'une conjonctivite purulente bénigne, et, enfin, elle ne paraît pas présenter de caractère spécifique. On aurait tort, en effet, de croire que pour produire une conjonctivite purulente, il faille toujours l'inoculation d'un liquide virulent et spécifique, un pus spécial, comme

le voulait Thiry, le pus de la granulation qui existerait dans la profondeur de l'urèthre comme à la face interne de la conjonctive palpébrale.

Duplay, résumant l'opinion de la plupart des chirurgiens français, considère cette opinion comme trop exclusive et admet que ce pus là bien que doué de propriétés plus spécialement virulentes et contagieuses, n'est pas le seul à pouvoir engendrer une ophthalmie purulente.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un écoulement purulent de la vulve chez une petite fille, deux questions sont à résoudre :

1° Diagnostic de la cause ; — 2° Diagnostic du siège.

Si nous considérons 4 grandes classes de vulvo-vaginites : 1° celle qui résulte d'un état constitutionnel ; 2° d'une simple inflammation catarrhale ; 3° d'une irritation locale due à des violences directes ; 4° d'une inflammation spécifique ou blennorrhagique, c'est-à-dire d'une cause vénérienne, excellente division établie par Tardieu, nous aurons à indiquer les caractères différentiels de ces variétés. Le savant professeur de médecine légale, dans son étude sur les viols et attentats à la pudeur, a fait de ces points une étude très intéressante qui nous servira de guide pour les considérations dans lesquelles nous allons entrer. « Ces caractères diagnostiques peuvent être tirés de plusieurs indications plus ou moins importantes, mais dont aucun, dans cette délicate matière, n'est à négliger. »

L'état de la constitution, le genre de vie, les mauvais traitements, la malpropreté ; toutes les causes qui produisent ou exagèrent la disposition lymphatique ou scrofuleuse, devront être soigneusement notées.

M. Tardieu fait remarquer que la marche et la forme

de l'inflammation vulvaire « sont très propres à fournir des signes diagnostiques très importants, souvent même décisifs entre l'inflammation catarrhale pure et simple et l'inflammation que l'on peut appeler traumatique ou par cause directe. »

Le début des accidents consécutifs à l'attentat est rapide et en rapport avec la violence qui les a déterminés, tandis que, lorsqu'il s'agit d'une inflammation catarrhale, sous la dépendance d'une susceptibilité spéciale des muqueuses, d'une fièvre éruptive ou autre, d'absence de soins, la lésion locale a une marche lente et graduelle, et l'inflammation se produit de la façon insidieuse que nous avons notée à la symptomatologie. Ce n'est pas, dit M. Tardieu, dans l'inflammation simple de la vulve que l'on trouve ordinairement ce gonflement, cette rougeur, cette extrême sensibilité des parties marquées surtout à l'entrée du vagin et sur la membrane hymen, et enfin cet écoulement si abondant et si épais qui donne à l'inflammation par violence directe un caractère essentiellement aigu. Le même auteur fait remarquer que la distinction peut paraître plus difficile entre cette inflammation traumatique et celle que l'on peut qualifier de spécifique.

Mais nous pouvons dire avec lui que c'est entre ces deux inflammations qu'elle est le moins nécessaire, puisque l'une et l'autre sont également l'indice d'actes attentatoires à la pudeur, et que la seconde présenterait seulement cette complication aggravante d'une maladie communiquée par un contact impur.

Dans les cas douteux, le cours de la maladie permettrait de porter un jugement définitif, et s'il s'agissait de syphilis, l'apparition des chancres, des plaques muqueuses

Faillie.

4

et d'autres accidents lèverait tous les doutes. L'écoulement blennorrhagique ne se distingue pas de l'écoulement simple par l'intensité, l'abondance et l'épaisseur du pus qui peuvent dans les deux cas offrir des caractères semblables. Les recherches entreprises pour établir au moyen du microscope un signe différentiel entre le pus non virulent et celui de la blennorrhagie, n'ont pas donné jusqu'à présent de résultats satisfaisants.

M. Tardieu signale un fait qu'il dit n'avoir vu indiqué nulle part, et qu'il a rencontré dans un grand nombre de cas d'inflammation vulvaire dont la nature n'était pas douteuse en raison des aveux et de l'état de l'inculpé: c'est la turgescence extraordinaire des vaisseaux répandus à l'entrée de la vulve et du vagin. « Ils offraient tout à fait l'apparence que présentent si fréquemment les veines de la verge gonflées et le prépuce turgescence chez les individus atteints d'une chaudepisse très aiguë. »

Un autre signe plus fréquent et plus caractéristique est relatif au siège de l'écoulement. « Dans la phlegmasie non blennorrhagique, lorsque l'on presse sur le périnée, la matière de l'écoulement sort plus ou moins abondamment par l'orifice du vagin, mais non par l'urèthre. Dans l'inflammation spécifique au contraire, on voit constamment l'écoulement se faire à la fois par l'urèthre et par le vagin. » Tardieu, dans une consultation sur une accusation d'attentat à la pudeur par les D^{rs} Ricord et Baudry, d'Evreux, s'exprime ainsi : « Il est un signe qui sans être incontestable a une grande valeur pour prouver qu'un écoulement a été transmis, c'est lorsque l'écoulement a pour siège l'urèthre. »

On pourra donc, par la constatation de la turgescence

des parties et de l'écoulement urétral chez les petites filles, distinguer sinon d'une façon absolument certaine, au moins avec de très sérieuses présomptions la vulvite, blennorrhagique de la vulvite traumatique non contaminée. L'examen des érosions et des ulcérations que peuvent présenter les grandes et les petites lèvres devra être fait soigneusement. On se reportera, pour ce qui concerne les caractères distinctifs des ulcérations de la vulve, aux travaux de MM. Huguier, Legendre et Toulmouche, cités par M. Tardieu.

Si dans l'herpès, la folliculite et la syphilis on peut trouver des ulcérations à forme arrondie, fond grisâtre et bords découpés, les ulcérations herpétiques et folliculeuses seront disposées en groupes réguliers, et ces dernières, de même que les syphilitiques, différeront des érosions qui sont sous la dépendance de l'inflammation vulvaire consécutive à des violences.

M. Toulmouche (Des attentats à la pudeur; des tentatives de viol sur des enfants ou des filles à peine nubiles et chez des adultes, 1864, Annales d'hygiène) rapporte un fait observé par lui sur une petite fille âgée de 5 ans et 11 mois, chez laquelle on avait cru à un viol et à une syphilis communiquée, alors qu'il ne s'agissait que d'un ecthyma.

M. Tardieu dit avoir rencontré une fois seulement la formation de petites végétations produites par l'inflammation de la muqueuse. « La membrane hymen existait sans déchirures, mais sur sa face externe ainsi que sur le bord interne des petites lèvres et à l'entrée même de l'urèthre se trouvaient cinq petites excroissances ayant la forme de

végétations granuleuses dont le volume variait depuis celui d'un gros grain de millet jusqu'à celui d'une petite lentille. Elles sont d'un rouge vif et formées aux dépens de la muqueuse qui, du reste, n'est pas ulcérée et n'est le siège d'aucun écoulement. » Il n'y avait pas d'éruption spécifique sur le corps, ni autour des organes sexuels, ni autour de l'anus. Il ne s'agissait donc pas de syphilis, mais d'une irritation locale très vive. Nous n'avons pas à nous étendre sur les traumatismes portant sur l'hymen, l'urèthre, le clitoris, les petites et les grandes lèvres, l'anus, le périnée, etc., dont la description est tracée de main de maître dans l'étude médico-légale sur les attentats aux mœurs par le professeur Tardieu.

De ces considérations, il ressort que lorsqu'on se trouvera en présence d'une vulvo-vaginite, il faudra en faire un examen attentif au point de vue de tous les signes qui peuvent en faire connaître la cause, pour se prononcer avec compétence et ne pas commettre la faute de croire toujours à l'existence de violences, ou de les méconnaître quand elles ont lieu.

Comme nous l'avons vu plus haut à l'article *Diagnostic*, à celui des causes, il faut ajouter le diagnostic du siège; constater l'écoulement est bien, mais il faut chercher quelle est sa nature et sa véritable origine. Si l'on se borne à l'examen des parties externes, pour les raisons anatomiques et cliniques que nous avons données, on restera incomplètement édifié.

Chez la femme déflorée on peut appliquer le spéculum; mais chez la petite fille nous sommes privés de ce moyen d'investigation. C'est pourquoi nous le répétons, on s'est

contenté trop souvent des signes purement objectifs, résultat d'un examen superficiel; on a vu la vulvite, on n'a pas vu la vaginite.

MM. d'Espine et Picot (Manuel pratique des maladies de l'enfance) admettent bien la vulvo-vaginite et non la simple vulvite.

Comme M. Bouchut, ils définissent l'affection *inflammation de la muqueuse de la vulve et de la partie inférieure du vagin*, mais ils ne disent rien des moyens de reconnaître que l'inflammation n'est pas seulement limitée à la vulve, et n'en tirent pas de conséquences en ce qui concerne le traitement.

Si l'on a soin, écartant les lèvres de la vulve, de découvrir l'orifice vaginal, on pourra voir, dans certains cas, que le pus sort par cet orifice, et si l'on engage les petites malades à faire un effort de défécation ou de toux; si, plus simplement, on presse sur le périnée de haut en bas et d'arrière en avant, on donnera issue à une quantité plus ou moins grande de pus vaginal, et l'on sera certain qu'on n'a pas affaire à une vulvite simple.

Est-ce la vulvite ou est-ce la vaginite qui commence? Les faits qui se sont présentés à notre observation ne nous permettent pas de nous prononcer à cet égard; nos petites malades offraient, lorsque nous les avons examinées, les signes associés de ces deux états inflammatoires. Quoi qu'il en soit, il nous a semblé manifeste que la vaginite, par l'écoulement purulent auquel elle donne lieu, irrite les parties génitales externes et excite encore le travail inflammatoire dont elles sont le siège; la vaginite entretient donc et prolonge la vulvite.

Nous n'avons pas à revenir sur la présence du pus dans

l'urètre lorsqu'il s'agira d'une inflammation blennorrhagique; mais nous rappelons qu'on ne devra jamais négliger de se renseigner à ce sujet.

Rappelons, en dernier lieu, qu'il ne faut pas prendre pour une vulvo-vaginite une simple hypersécrétion vaginale. Il faut savoir que la sécrétion du vagin est très abondante à l'état normal chez les petites filles; on trouve toujours dans le vagin des jeunes enfants une grande quantité de mucosités très blanches, très adhérentes et qui s'agglomèrent par peloton. Cette sécrétion que l'on pourrait regarder comme l'effet d'un état pathologique du vagin, existe chez presque toutes les petites filles et semblerait être une sécrétion nécessaire, tant les mucosités qui en résultent sont profuses.

TRAITEMENT.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entré à propos des causes nous indiquent les règles qui présideront au traitement. Celui-ci comportera deux ordres d'indications : les *premières* s'adresseront à l'état général, les *secondes*, sur lesquelles nous insisterons davantage, auront trait à l'état local. L'âge des sujets devra être pris en considération; comme il s'agit d'une affection atteignant surtout la seconde enfance, nous n'avons pas à rappeler les règles appliquées à l'alimentation du nouveau-né et des tout jeunes sujets. Les petites filles auxquelles nous avons affaire auront dépassé toujours d'un temps assez

long l'époque du sevrage, puisque dans la plupart de nos observations il s'agit d'enfants ayant au moins 3 ans. Chez elles- le traitement général portera d'abord sur les conditions hygiéniques. L'habitation, le vêtement, l'alimentation sont des points qu'il ne faut pas omettre. Une enfant vivant dans un milieu confiné, humide, où ne pénètre qu'insuffisamment l'air et le soleil, dans ces conditions de promiscuité qu'on rencontre malheureusement trop souvent dans les classes pauvres, nourrie d'une façon insuffisante ou trop grossière, et surtout privée des soins de propreté si utiles à cet âge, sera par ces faits prédisposée, non seulement à l'affection qui nous occupe, mais encore à beaucoup d'autres. L'attention et les conseils du médecin sont de première nécessité pour éviter cet état de choses. Un traitement général devra être institué; il sera tonique, reconstituant et, comme on le dit, *antiscrofuleux*. L'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, les bains, salins ou sulfureux, devront être particulièrement recommandés. Si l'on a reconnu la présence d'oxyures, on dirigera contre eux une médication appropriée. Les enfants qui se livrent à l'onanisme seront particulièrement surveillés, et l'on emploiera pour les déshabituier de cette pratique des moyens qui varieront suivant les cas particuliers.

Le traitement local a une très grande importance et doit être dirigé avec soin.

Comme nous l'avons démontré aux symptômes, l'écoulement purulent provient de deux sources : d'une part, la muqueuse vulvaire et, d'autre part, la muqueuse vaginale; cette deuxième origine est certainement la plus importante; c'est à elle qu'il faut s'adresser en premier lieu et c'est

contre elle que les moyens thérapeutiques devront être dirigés tout d'abord. Il est plus que probable que la vulvite disparaîtra dès que l'inflammation vaginale aura disparu elle-même, car s'il est difficile de déterminer si la vulvite a précédé ou suivi la vaginite, à coup sûr on peut affirmer que la vulvite durera tant que durera l'écoulement âcre et irritant du vagin. C'est probablement faute d'avoir méconnu cette suppuration vaginale qui se dérobe pour ainsi dire aux regards de l'observateur (celui-ci n'ayant pas eu soin de s'assurer de son existence par les moyens que nous avons indiqués plus haut) que le traitement employé contre la vulvo-vaginite paraît ne pas amener de résultats satisfaisants. Je dois citer ici les paroles de la sœur Sainte-Thérèse dont parle Adolphe Richard dans la *Gazette des hôpitaux*, 20 août 1857. *Elle n'en avait jamais vu guérir.*

Se borner à combattre la vulvite pure et simple, c'est, pour ainsi dire, combattre l'effet sans s'adresser à la cause, c'est l'inflammation du vagin qu'il faut modifier avant tout : c'est là le point capital, et nous allons voir par quels moyens on peut y arriver.

Comme pour toute cavité qui suppure, deux indications primordiales doivent être remplies.

D'une part, empêcher la stagnation du produit morbide ; d'autre part, modifier les surfaces suppurantes. La réaction acide de l'écoulement présente une valeur séméiologique bien importante, car elle nous indique que le pus vient du vagin et non point de l'utérus, les écoulements utérins ayant une réaction alcaline.

Pour atteindre le double but que nous nous proposons, nous ferons des lavages fréquents au moyen de l'eau simple ou de liquides émollients, ou bien nous chercherons à mo-

difier la sécrétion de la muqueuse enflammée, par des liquides légèrement excitants, astringents ou caustiques. Pour les premiers on pourra se servir indifféremment d'eau pure, d'eau de guimauve ou de sureau, etc. Pour les seconds d'une légère solution d'alun ou de sulfate de zinc ; de décoction d'écorces de chêne, de feuilles de noyer ; d'eau faiblement alcoolisée ou étendue de vin aromatique. On pourra, du reste, varier ces liquides selon les circonstances. Le perchlorure de fer au cinquantième a paru donner de bons résultats. Les faibles mélanges d'alcool et d'eau, qui réussissent bien aussi dans l'ophthalmie purulente bénigne, nous paraissent suffire dans la plupart des cas. Cependant, dans certains cas rebelles, malheureusement assez fréquents, il y a lieu de se demander s'il n'est pas permis d'instituer une médication plus active et de tenter d'amener une légère inflammation substitutive au moyen, par exemple, d'une légère solution de teinture d'iode ou de nitrate d'argent.

Mais comment ferons-nous ces lavages ? L'orifice vaginal rendu difficilement pénétrable par la présence de la membrane hymen dont il faut respecter l'intégrité, se trouve rétréci encore par le boursoufflement des parties ; de là une difficulté réelle. Ajoutons à cela l'indocilité des enfants et la mauvaise volonté de la part de la famille. Le médecin bien avisé devra procéder lui-même aux injections. On les fait généralement avec de petites seringues en verre analogues à celles qui servent aux injections uréthrales. Bien qu'on ait obtenu avec ces petites seringues de bons résultats, nous pensons qu'elles présentent quelques inconvénients : elles sont fragiles, le piston s'adapte mal aux parois du tube, et si l'enfant vient à pousser au moment où

Faill.

L'on pratique l'injection, le liquide reflue derrière le piston ; la quantité qui a pénétré est insuffisante et il faut recommencer l'opération.

Bien souvent il arrive que l'enfant empêche par ses efforts le liquide de pénétrer véritablement dans le vagin ; la contraction des muscles abdominaux est assez puissante pour accoler les parois du vagin et le liquide reflue très immédiatement par l'hymen, ne parcourant que l'espace minime dans lequel le bout de la seringue a pénétré : on le voit ressortir au point de jaillir dans les yeux de l'opérateur. Enfin, s'il arrive que le liquide pénètre sans refluer, poussé avec une certaine force, comme il n'a pas de voie de retour immédiate, il pourrait excercer contre les parties profondes, et particulièrement contre le cul-de-sac postérieur du vagin, une lésion traumatique capable de retentir jusqu'au péritoine. Ce fait ne doit pas nous étonner, car on sait que chez la femme adulte dont le cul-de-sac postérieur a une bien autre résistance, celui-ci a pu être perforé sous la seule influence d'injections violemment poussées et le péritoine être atteint par le liquide de l'injection.

Nous pensons donc qu'une sonde à double courant, convenablement calibrée, assez molle pour ne point léser les parties tout en offrant une résistance suffisante pour que l'introduction en fut facile (et munie d'une légère courbure), serait préférable à la seringue. Au reste, il serait à peine besoin d'un instrument nouveau, puisqu'il existe des sondes à double courant ne mesurant pas plus de 4 et même 3 millimètres de diamètre. Il serait préférable que cette sonde ne fut pas construite en métal, mais en caoutchouc vulcanisé. On sait que la sonde à double courant présente, au niveau de son pavillon, 2 tubulures,

une d'entrée et l'autre de sortie; son calibre est divisé en deux parties par une cloison médiane. Sur les parties latérales, à une petite distance l'une de l'autre, on voit deux ouvertures ou yeux de la sonde; quelques millimètres plus loin, la sonde se termine par une extrémité mousse. A la rigueur on pourrait, à l'aide d'une poire calibrée, injecter une quantité déterminée de liquide. En tout cas, on obtiendrait le même résultat à l'aide d'une seringue à hydrocèle que l'on adapterait à la tubulure destinée à cet effet. Les inconvénients signalés plus haut seraient ainsi évités. On serait sûr d'introduire ainsi le liquide dans le vagin, la sonde dépliant les parois de ce conduit. Il n'y aurait pas de reflux au moment de l'injection; le liquide ne s'accumulerait pas dans le vagin d'une façon exagérée, puisqu'il ne ferait que le parcourir pour en sortir immédiatement après : on pourrait laver à plus grande eau et donner issue au liquide purulent. On devrait avoir soin, dans l'intervalle des injections, après avoir lavé la sonde, de la laisser tremper dans un vase rempli d'eau pour qu'elle fût toujours propre et à l'abri des matières septiques, et il serait même urgent d'avoir une sonde pour chaque enfant malade au lieu d'employer la même indifféremment. Si nous sommes entré dans de si minutieux détails c'est que nous pensons que l'inefficacité des lavages est due dans un certain nombre de cas à ce qu'ils sont mal faits. Quant à la vulvite, il ne faudra pas la négliger. Les soins de propreté d'abord, les bains généraux, les lotions locales et l'emploi de poudres isolantes et adoucissantes, lycopode, amidon, constitueront en quelque sorte le traitement préventif. L'affection est-elle constituée, il importe d'isoler les parties enflammées; et

comme la charpie n'a pas toujours le degré de pureté désirable, qu'on la prépare longtemps d'avance, qu'elle passe par plusieurs mains, qu'elle peut retenir des matières septiques, il est préférable d'interposer aux surfaces en contact un linge vieux et usé enduit d'un corps gras, ou mieux un petit morceau de tarlatane plié en quatre qu'on trempe dans une solution émolliente, astringente, alcoolique ou phéniquée suivant les cas ou les saisons. Ce pansement, non-seulement empêchera le contact des parties malades, mais encore servira pour ainsi dire de drain au liquide morbide qui pourra s'échapper du vagin et protégera en quelque sorte la muqueuse vulvaire contre ses irritations. On le renouvellera autant de fois qu'il sera nécessaire.

MM. d'Espine et Picot conseillent dans les cas rebelles d'appliquer sur les parties malades une solution faible de nitrate d'argent, et pensent que les lotions faites avec une solution très étendue de sublimé sont particulièrement indiquées quand la maladie s'accompagne d'un prurit violent.

Nous avons le regret de ne pouvoir produire d'observations tirées du service du Dr Harman, à l'Hôtel-Dieu de Reims; c'est pendant notre présence à Paris que les faits se sont passés. Notre honoré confrère a eu à traiter deux cas fort intéressants dans lesquels il a eu plein succès en s'occupant du traitement général à l'exclusion des topiques et des toniques, puisqu'en dehors des antiscrofuleux les bains de Barèges ont été seuls employés.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

V....., Marie, âgée de 4 ans, entre le 4 juillet 1879 à l'hospice des Enfants-Assistés. Cette enfant, rachitique et de faible constitution, présentait, au moment de son entrée, un léger écoulement sans importance.

Le 16 juillet, l'écoulement devient très rapidement abondant et on envoie l'enfant le 18 à l'infirmerie.

Son état est le suivant : avant même d'ouvrir la vulve, et en écartant simplement les cuisses, on voit les parties qui environnent l'orifice vulvaire, baignées, dans une étendue de un à deux centimètres, par une notable quantité de pus qui s'est desséché sur certains points, principalement au-dessus des pubis, sous forme de croûtes jaunes verdâtres. Le bord interne des grandes lèvres est rouge; en les écartant, on voit que cette rougeur est généralisée à toute la muqueuse; elle est particulièrement prononcée au niveau du clitoris, des petites lèvres et de la fosse naviculaire. Tous ces points sont tuméfiés, le clitoris surtout; dans toutes ces parties on trouve un pus verdâtre, épais, de réaction acide : il n'existe pas d'érosions : léger engorgement ganglionnaire, indolent dans l'aîne des deux côtés.

Après avoir lavé et essuyé la vulve, on voit sortir du vagin, au moment où l'enfant crie et se débat, une notable

quantité de pus crémeux ; l'orifice vaginal est notablement rétréci par le boursoufflement de la membrane hymen : chaque fois que l'enfant crie, le phénomène de l'issue du pus se reproduit, un certain nombre de fois, du moins, puis vient à cesser.

On fait, avec une seringue de verre, une injection vaginale suivie d'une seconde avec une solution de perchlorure de fer au cinquantième.

Le lendemain 19, l'état est le même, l'écoulement purulent est aussi abondant ; injections vaginales à l'eau alcoolisée suivie d'une injection d'alun au 250^e.

Le 20, la rougeur et le gonflement persistent ; il sort beaucoup de pus au moment de l'effort : même traitement.

Le 21, injection alunée.

Le 22, même état. Il sort toujours une grande quantité de pus du vagin lorsque l'enfant fait des efforts ; même traitement.

Le 23, l'écoulement est moins abondant. Injection alunée.

Le 24, le mieux qui s'était montré la veille ne persiste pas ; l'écoulement purulent a redoublé, et la tuméfaction des petites lèvres et de la muqueuse de la fosse naviculaire est encore plus prononcée. La commissure postérieure est rouge et offre une exulcération de 4 à 5 millimètres d'étendue en tous sens, à bords irréguliers ; en regardant attentivement, on voit qu'elle résulte de la destruction de l'épiderme, la partie superficielle de celui-ci présentant une teinte jaunâtre. Injection à l'alun ; pansement de l'ulcération avec de la charpie saupoudrée d'iodoforme.

Le 25, aucune modification dans l'état local, même traitement.

Le 26, la vulvo-vaginite commence à diminuer d'intensité; continuation des injections alunées.

Les 27, 28 et 29, l'amélioration continue; l'écoulement diminue, est moins purulent: la rougeur est moins accusée, quoique persistante.

Le 30, l'enfant est atteinte d'une pneumonie qui dure jusqu'au 6 août.

Le 7, elle rentre à la division guérie de sa pneumonie et de sa vulvo-vaginite.

OBSERVATION II.

E....., née le 4 mai 1872, entre le 28 octobre à l'infirmerie des Enfants-Assistés pour une vulvite. Les grandes lèvres offrent sur leur face cutanée une coloration rougeâtre érythémateuse; quand on les écarte, on voit sortir du vagin un pus abondant, épais et verdâtre: le clitoris est gros et violacé, de même que les petites lèvres. Il existe des érosions à la face interne de la grande lèvre, côté droit; on en voit également quelques-unes sur la lèvre gauche.

Ces ulcérations sont très superficielles, de forme irrégulière, à fond jaunâtre, constitué par le derme dénudé. Une petite ulcération plus profonde et saignante existe à la commissure postérieure. L'entrée du vagin est baignée par le pus; après avoir nettoyé la fosse naviculaire, on dit à l'enfant de pousser et l'on voit sortir par l'hymen, gros comme un pois d'un liquide purulent, crémeux, verdâtre.

L'enfant se plaint de souffrance assez vives à la vulve; injections alunées.

Le 29, l'ulcération s'étend à toute la face interne des grandes lèvres et au périnée, même jusqu'à l'anus.

Le pourtour des ulcérations est un peu irrégulier, à peine saillant et d'un jaune blafard. Injection alunée, pansement à l'iodoforme.

Le 30, l'écoulement purulent persiste ainsi que la tuméfaction et la rougeur. Les érosions n'ont ni augmenté ni diminué : même traitement que la veille.

Dans la journée, on remplacera le pansement à l'iodoforme par de la charpie imprégnée de la pommade suivante :

Axonge	30 grammes
Oxyde de zinc	3 —

Le 31, l'enfant est atteinte d'une conjonctive légère à l'œil droit. La muqueuse palpébrale est injectée; il y a du larmoiement. Cette conjonctivite reconnaît pour cause un courant d'air assez fort, venu d'une fenêtre voisine du lit de l'enfant. Cet incident l'a fait passer en chirurgie.

Nous n'avons pu suivre l'évolution de la vulvo-vaginite chez cette petite fille, mais nous avons appris que son ophthalmie a été purement catarrhale et s'est guérie au bout de quelques jours : il ne s'agissait pas là d'une ophthalmie purulente causée par l'introduction du pus vulvaire transporté sur la conjonctive, comme on aurait pu le craindre au premier abord.

OBSERVATION III.

G..... Alexandrine, âgée de cinq ans, entre le 15 juin à l'infirmerie pour une rougeole; on trouve en même

temps chez cette enfant une vulvo-vaginite assez intense : rougeur, tuméfaction, écoulement purulent abondant, et dans la fosse naviculaire des ulcérations très profondes saignant légèrement.

Pansement à l'iodoforme. Le 16, la rougeole continue à évoluer naturellement; les petites lèvres sont tuméfiées, l'écoulement persiste, mais il est moins abondant et un peu plus fluide: les ulcérations ont diminué d'étendue et ne saignent plus.

Le 17, l'écoulement purulent est plus intense; les petites lèvres et l'orifice vaginal sont plus rouges et plus tuméfiés; le clitoris, d'une couleur violacée, présente à peu près le volume de l'extrémité du petit doigt. Les ulcérations persistent avec les mêmes caractères que le jour précédent.

Pansement à l'iodoforme. Le 18, même état.

Le 19, l'éruption rubéolique présente une teinte ecchymotique.

La vulve est baignée par un pus crémeux très abondant; du pus sort également du vagin lorsque l'enfant fait un effort.

L'orifice vaginal présente trois petites ecchymoses de 1 à 2 mill. d'étendue en moyenne. Dans l'aîne gauche, on trouve deux ganglions gros comme une petite noisette et roulant sous la peau. Injection avec eau alcoolisée.

Le 20, même état. Injection avec une solution de sulfate de zinc au trentième.

Le 21, pas d'amélioration du côté de la vulve. L'enfant est guérie de sa rougeole, mais les ulcérations de la fosse naviculaire persistent. La vulve est toujours baignée par le pus, et il en sort beaucoup par l'orifice vaginal. Injection au sulfate de zinc.

Faillie.

6

Le 23, même état. Injection sulfozincée au soixantième.

Le 24, la muqueuse vulvaire est toujours rouge, boursoufflée.

Les ulcérations ont un peu plus d'étendue et sont plus superficielles, le pus est toujours abondant. Injection *ut supra*.

Le 25, le pus est mélangé avec un peu de sang provenant des ulcérations. Injection au sulfate de zinc.

Du 26 au 30, l'écoulement persiste, toujours abondant et franchement purulent, mais ne contenant plus de sang. Même traitement.

De plus on prescrit 2 cuillerées à café par jour de la mixture suivante :

℥ Sirop d'écorces d'oranges amère . .	300 grammes.
Teinture d'iode.	5 —

1^{er} juillet, pas d'amélioration ; introduction dans le vagin d'une mèche de charpie saupoudrée d'iodoforme, après avoir fait préalablement une injection avec le sulfate de zinc au soixantième.

Le 2, même état, même traitement.

Le 3, pas d'amélioration ; injection vaginale avec eau alcoolisée.

Le 4, injection à l'eau alcoolisée ; on supprime le pansement des ulcérations que l'on avait fait depuis l'entrée de la malade jusqu'à ce jour avec un plumasseau de charpie saupoudré d'iodoforme et placé entre les grandes lèvres.

Du 5 au 10, la vulvo-vaginite est combattue par des injections vaginales de glycérolé de tannin. Ce traitement nouveau n'amène pas de meilleur résultat que les précé-

dents; l'écoulement purulent persiste et les ulcérations également.

Le 11, rougeur érythémateuse légère de la partie externe des cuisses et des plis génito-cruraux. Il sort toujours du pus par le vagin; même traitement.

Le 12, l'écoulement purulent redouble; injections de glycérolé de tannin.

Le 13, les ulcérations sont aussi superficielles que possible, mais l'écoulement purulent est toujours intense. Tuméfaction du clitoris et des petites lèvres; même injection et pansement à l'iodoforme.

Du 14 au 18, l'écoulement purulent change de caractère, c'est plutôt du muco-pus que du pus véritable. La rougeur et la tuméfaction du vestibule, des petites lèvres et du clitoris diminue. Les érosions sont guéries; même traitement.

Du 19 au 21, l'amélioration continue. Continuation de l'écoulement muco-purulent, mais sensiblement amoindrie. Injection avec une solution d'alun au 250^m. La vulvo-vaginite est presque complètement guérie; l'écoulement seul persiste, mais très modéré. On continue tous les matins le lavage du vagin avec la solution d'alun. La guérison est complète au commencement d'août.

OBSERVATION IV.

J....., Elisa, âgée de 5 ans, enfant délicate et d'apparence lymphatique, entre le 19 juillet pour un écoulement léger. Le début de la maladie ne peut être précisé, car cet

écoulement datait déjà d'un certain temps. Depuis quelques jours, l'écoulement est devenu plus abondant que d'habitude. Le vestibule est rouge, les petites lèvres sont un peu tuméfiées. Lorsqu'on les entr'ouvre on les voit baignées par une notable quantité de liquide verdâtre épais, rougissant fortement le papier de tournesol. Lorsqu'on exhorte l'enfant à pousser, il sort quelques gouttes de pus par le vagin.

Injection alunée.

Le 20, l'écoulement est moins abondant ; injection à l'eau alcoolisée suivie d'une à l'alun.

Du 21 au 26, la vulvo-vaginite persiste bien que notablement améliorée. Même traitement.

Les 28 et 29, la rougeur du vestibule et des petites lèvres est moins vive, l'écoulement moins abondant et plus muqueux.

Injection à l'alun. Ces injections sont continuées jusqu'au 6 août et sont suivies d'une guérison complète.

OBSERVATION V.

L....., Marie, âgée de 7 ans, est amenée le 13 juillet dans les salles de médecine pour un écoulement. A l'examen, on constate : rougeur légère de la région vulvaire et anale. La vulve est remplie d'un pus épais, vert, abondant. Le linge de l'enfant est parsemé de taches verdâtres, raides. Les cuisses sont maculées de pus desséché. Le clitoris est rouge et volumineux ainsi que les petites lèvres. L'entrée du vagin est d'un rouge assez vif sans tuméfaction notable.

Quand l'enfant fait un effort assez accentué, il sort du vagin un pus phlegmoneux. Toutes ces parties sont le siège de cuissons, de prurit ; elles sont sensibles au toucher.

Lavage du vagin à l'eau alcoolisée.

Le 14, rien de nouveau. Lavage, *ut supra*, puis injection avec une solution aqueuse de perchlorure de fer au 150°.

Le 15, clitoris très tuméfié. L'écoulement purulent persiste avec abondance des parties profondes.

Injection alcoolisée suivie de l'injection au perchlorure.

Le 16, même état. Continuation du même traitement.

Le 17. Les symptômes de la vulvo-vaginite s'aggravent ; le gonflement semble augmenter ainsi que l'écoulement.

- Adénite inguinale gauche légèrement douloureuse.

Injection alcoolisée ; injection au perchlorure de fer.

Le 18, la grande lèvre gauche est tuméfiée mais pas douloureuse. Même traitement.]

Le 19. Augmentation de la tuméfaction de la grande lèvre ; il y a lieu de craindre la formation d'un abcès dans la glande vulvo-vaginale.

L'enfant garde sévèrement le lit. Cataplasmes sur la grande lèvre. Injection alcoolisée.

Le 21, le gonflement semble avoir encore augmenté.

La vulvo-vaginite persiste, rougeur, tuméfaction de la muqueuse de l'infundibulum, écoulement par le vagin de pus crémeux.

Cataplasmes loco dolenti, injection alunée.

Le 22, la grande lèvre gauche est moins tuméfiée.

Le 23, la tuméfaction a beaucoup diminué, malgré qu'il n'y ait pas eu évacuation d'un foyer purulent quelconque,

ce dont on peut se convaincre par un examen attentif de la face interne de la grande lèvre qui n'est occupée par aucun point fistuleux.

L'enfant est rendue aux parents qui sont venus la réclamer.

OBSERVATION VI.

Anne P....., 6 ans, atteinte le 12 juillet d'une vulvite très caractérisée. Elle est examinée le lendemain et l'on trouve : le vestibule extrêmement rouge. Le clitoris violacé offre une saillie de 1 centimètre 1/2. On constate un écoulement purulent qui sort avec abondance du vagin : Une érosion superficielle occupe l'extrémité supérieure de l'orifice vaginal.

Lavage de la vulve et du vagin avec l'eau alcoolisée ; pansement de l'érosion à l'iodoforme.

Du 14 au 17, on fait tous les matins une injection avec de l'eau alcoolisée, suivie d'une seconde injection avec une solution de perchlorure de fer au cinquantième.

Le 18, l'écoulement purulent est aussi abondant, mais il est plutôt muco-purulent. La petite érosion est cicatrisée.

Le clitoris est toujours volumineux. Habitudes probables de masturbation provoquée par le prurit vulvaire.

Même traitement. Les injections au perchlorure de fer, précédées de lavages à l'eau alcoolisée, sont continuées du 19 au 25 juillet sans amener une notable amélioration.

Le 26. Injection avec une solution d'alun au 250°.

Le 27. La vulvo-vaginite est moins intense; l'éconle-

ment diminue. C'est du muco-pus; la rougeur est moindre : injection alunée.

Du 28 au 31. Même traitement.

4 août. L'écoulement est presque tari.

Le 6. Guérison.

OBSERVATION VII.

4....., Marie, née le 2 janvier 1875, est amenée dans les salles de médecine le 12 juillet pour une vulvite intense qui paraît avoir débuté il y a trois jours. Avant d'ouvrir la vulve, on observe une teinte rougeâtre de la peau des grandes lèvres qui s'étend en bas jusque dans les plis génito-cruraux. Une certaine quantité de pus s'est concrétée çà et là sous forme de taches d'un vert sale. Du pus s'écoule de la vulve au niveau de la commissure postérieure et baigne le pourtour de l'anüs qui est rouge.

Le clitoris, volumineux, fait une saillie violacée qu'on aperçoit sans être obligé d'écarter les grandes lèvres. Lorsqu'on les écarte on constate d'abord la vulve remplie d'un liquide purulent, puis la tuméfaction et la rougeur qui s'étendent aux petites lèvres, à la face interne des grandes lèvres, à la fosse naviculaire, à l'entrée du vagin au pourtour duquel la muqueuse forme comme des caroncules.

Lorsque l'enfant fait des efforts pour se débattre on voit sortir du vagin une grande quantité de pus phlegmoneux qui remplit la fosse naviculaire. L'enfant souffre lorsqu'on presse sur ces parties pour les essuyer. — Injection à l'eau alcoolisée.

13 juillet. L'écoulement n'a pas changé; il paraît même

plus abondant, la tuméfaction de la muqueuse est encore plus accusée. Les petites lèvres et le clitoris offrent une augmentation de volume des plus accentuée. Pas d'ulcérations ni d'engorgement ganglionnaire. Continuation de l'eau alcoolisée en injection.

Le 14. Même état du clitoris et des petites lèvres ; mais il existe quelques ulcérations au pourtour du vagin et à la face interne des grandes lèvres, surtout à droite. Ces ulcérations sont tout à fait superficielles, peu étendues et ne saignent pas. Le pus sort toujours en abondance du vagin. La région vulvo-anale est rouge. L'érythème de la peau des grandes lèvres a diminué.

Lavage de la vulve et du vagin à l'eau alcoolisée, puis injection avec une solution de perchlorure de fer au cinquantième.

Le 15. La rougeur et la tuméfaction des petites lèvres, du clitoris et du vestibule persistent. Le pus est toujours sécrété en abondance ; on le voit sortir du vagin à la suite des efforts de l'enfant. Les ulcérations sont un peu plus profondes bien que bornées à la surface du derme et tendent à saigner.

Même traitement. On recouvre les ulcérations avec un plumasseau de charpie saupoudré d'iodoforme.

Les 16 et 17. Injection avec de l'eau alcoolisée.

Le 18. Les ulcérations sont en bonne voie ; elles diminuent d'étendue et de profondeur, le suintement sanguinolent a disparu.

Le pus qui sort du vagin est moins abondant. La rougeur et la tuméfaction des petites lèvres et du clitoris sont moins accusées que les jours précédents. — Injection alu-

née, ainsi que du 20 au 22. L'écoulement est maintenant moins abondant.

Le 23. Kérato-conjonctivite à l'œil gauche, probablement de nature strumeuse. Passage en chirurgie.

CONCLUSIONS

1° L'affection désignée sous le nom de *vulvite* doit être considérée non comme une vulvite simple, mais comme une vulvo-vaginite, l'inflammation du vagin et de la vulve étant constamment associées.

2° L'inflammation du vagin domine celle de la vulve et l'entretient.

3° Il faut toujours chercher la vaginite en pressant méthodiquement sur le périnée et en recommandant à l'enfant de *pousser*, faute de quoi l'on pourrait la méconnaître.

4° La vulvo-vaginite reconnaît pour cause un état général mauvais par défaut d'hygiène ou de nutrition et surtout une irritation locale entretenue par la malpropreté habituelle.

5° Elle est caractérisée surtout par un écoulement pu-
Faille.

rulent, épais, jaune verdâtre, irritant, à réaction acide.

6° Les tissus sont rouges, tuméfiés; on y constate de la chaleur anormale parfois : on y découvre des excoriations, des ulcérations sans gravité et un prurit plus ou moins intense.

7° L'état général n'est presque pas influencé par cette affection.

8° Le diagnostic doit être fait au point de vue de la nature de l'affection et de son siège; ne pas perdre de vue *écoulement* vaginal, *écoulement* urétral et distinguer la vulvo-vaginite simple de celle qui est traumatique.

9° La vulvo-vaginite est une affection bénigne, mais dont la durée est presque toujours longue.

10° Le traitement doit s'adresser d'une part à la constitution et d'autre part à l'état local.

11° Les injections vaginales émollientes et modifiantes au moyen d'une petite sonde à double courant, devront être répétées assez fréquemment, et l'on ne devra pas se contenter de lotions vulvaires.

12° On placera au niveau de la vulve, pour empêcher le contact des surfaces malades, un petit pansement imbibé de liquides appropriés.

13° On fera en sorte que les petites filles s'abstiennent de porter à leurs yeux leurs doigts ayant touché les surfaces malades.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Structure et développement des os.

Physiologie. — Du sperme.

Physique. — Des leviers appliqués à la mécanique animale.

Chimie. — De l'isomérisie, de l'isomorphisme et du polymorphisme

Histoire naturelle. — Étude comparée du sang, du lait, de l'urine et de la bile dans la série animale, procédés suivis pour analyser ces liquides.

Pathologie externe. — Anatomie pathologique des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des complications de la rougeole

Pathologie générale. — Des constitutions médicales.

Anatomie pathologique. — Des kystes.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de réduction des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — Quelle est la composition des sucres végétaux? Quels sont les procédés les plus employés pour les extraire, les clarifier, les conserver? Qu'entend-on par sucres extractifs, acides, sucrés, huileux, résineux et laiteux? Quelles sont les formes dans lesquelles on les emploie en médecine?

Thérapeutique. — Des sources principales auxquelles se puisent les indications thérapeutiques.

Hygiène. — Du tempérament.

Médecine légale. — Exposer les différents modes d'extraction et de séparation des matières organiques pour la recherche des poisons.

Accouchements. — Du bassin à l'état osseux.

Vu : Le président de la thèse,
JACCOUD.

Permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GREARD.