

vagin, et l'on ira à la recherche de l'ossuaire fœtal. On sera souvent aidé par l'existence d'une fistule qui permettra au stylet de pénétrer sur le petit squelette et servira de guide pour l'incision du sac. Il faut se garder de comparer de pareilles opérations à l'extraction d'un fœtus par la laparotomie. Elles sont véritablement bénignes si l'on prend soin, ensuite, de bien faire l'antisepsie du sac, qui est généralement très infecté. J'ai eu l'occasion d'enlever ainsi par le rectum tout le squelette d'un fœtus dont l'élimination spontanée tentait vainement de se faire à la fois par le rectum et le vagin. Une large eschare de la cloison, causée par la pression du sac, avait produit une grande fistule recto-vaginale. La malade, qui se trouvait dans le service de Gallard, guérit rapidement, grâce à des lavages antiseptiques réguliers de la cavité de l'abcès, qui était excessivement fétide.

Sur 55 faits de kystes fœtaux anciens suppurés réunis par Parry, 5 seulement furent suivis de mort.

7° Grossesse dans une corne rudimentaire.

7° **Grossesse dans une corne utérine rudimentaire.** — Abandonnés à eux-mêmes, les cas de ce genre ont donné 25 morts sur 50 cas dans les six premiers mois (Bandl). Il faut donc se hâter d'intervenir par la laparotomie. L'opération est infiniment plus simple que dans les cas précédents. Elle a été faite six fois avec cinq succès, au moment du terme, ou longtemps après lui; la corne utérine supplémentaire a été enlevée, comme l'est tout l'utérus dans l'opération de Porro. Une malade de Sanger accoucha deux fois, après l'opération¹.

Technique de la laparotomie.

Technique de l'extraction du fœtus par la laparotomie. — Je ne saurais avoir l'intention de décrire ici toute l'opération, à laquelle sont applicables les règles, déjà indiquées dans les chapitres relatifs à l'hystérectomie et à l'ovariotomie; je me bornerai à insister sur quelques points spéciaux et particulièrement difficiles.

L'hémorrhagie est très à redouter quand, la grossesse étant assez avancée, l'enfant est vivant ou mort depuis peu. Pour se mettre en

l'avait déclarée trop dangereuse, à cause de l'hémorrhagie; BAUDELLOCQUE, plus hardi, l'a proposée en indiquant même la nécessité de ne pas toucher au placenta, dont l'élimination devrait être confiée à la nature. Mais c'est M'KNIGHT (*Mem. of the med. Soc. of London*, 1795, t. IV, p. 542) qui l'a, le premier, pratiquée pour un fœtus mort, et HELM (*Horn's Arch.*, n. s., 1812, t. I, p. 1 et suiv.) pour un fœtus vivant.

¹ Voici les cas dans lesquels on a enlevé la corne rudimentaire d'un utérus gravide: KEBERLÉ (1865), SALIN (1880), WERTH et LITZMANN (1881), SÄNGER (1882), WIENER (1885); 1 mort dans le cas de WERTH et LITZMANN. Dans une seule de ces observations, celle de SÄNGER, le diagnostic avait été fait à l'avance; dans les autres cas, on avait pensé à une grossesse extra-utérine. — SÄNGER, *Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 524. — M. WIENER, *Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXVI, p. 254. — WYDER, *ibid.*, 1890, Bd. XXXVII, p. 182. — L. LANDAU, *Deutsche med. Woch.*, 1890, p. 594.

MAC DONALD (*Obst. Trans. of Edinburgh*, 1884-1885, p. 76) a, depuis lors, pratiqué l'hystérectomie (Porro) avec succès pour une grossesse développée dans une corne rudimentaire: le fœtus macéré pesait cinq livres; on avait cru à un corps fibreux. Guérison.

garde contre ce danger, il faut commencer par ouvrir le sac, en faisant grande attention de ne pas blesser l'insertion du placenta. Si l'examen des connexions fait craindre de grandes difficultés dans l'ablation totale du sac, on y renoncera d'emblée et l'on se contentera de le réunir, par des sutures, à la plaie abdominale avec les précautions qui seront indiquées plus bas. On évitera avec le plus grand soin toute espèce de traction sur le cordon ou sur le placenta. Le meilleur moyen de se rendre maître de l'hémorrhagie qui pourrait en provenir est le tamponnement énergique avec la gaze iodoformée. En tout état de cause, on fera bien d'opérer un tamponnement lâche du sac; on pourra le laisser en place trois ou quatre jours sans crainte de décomposition; s'il y avait à combattre une hémorrhagie, on ne le retirerait pas avant huit jours.

L'infection du péritoine par le contenu du kyste fœtal est à craindre, lorsqu'on opère, après la mort du fœtus et que la malade a de la fièvre indiquant une résorption putride. Il faut faire tous ses efforts pour extirper le sac en totalité, sans l'ouvrir; si l'on n'a pu éviter sa déchirure, il vaut beaucoup mieux s'abstenir de toute tentative de décortication, qui offre alors le plus grand danger, car elle expose la surface cruentée à l'infection, par le contenu septique du sac¹.

A. **Conservation du sac (marsupialisation).** — Un procédé recommandable lorsqu'on s'est assuré des difficultés que présente une énucléation complète du sac, sans déchirure, consiste à tamponner la plaie jusque sur le sac avec la gaze iodoformée, et à remettre au surlendemain l'ouverture du kyste qui se trouve alors uni par des adhérences à la paroi abdominale. S'il était urgent d'agir et si l'on ne pouvait se permettre ce délai, on procéderait, avant l'ouverture du sac, à sa réunion exacte aux téguments par une rangée de sutures, ou, ce qui est plus expéditif, par une suture continue. En plaçant les sutures pour unir le sac à la paroi abdominale, il faudra avoir soin de ne pas pénétrer dans l'intérieur de la poche, mais de faire cheminer l'aiguille seulement dans ses couches superficielles. Le sac ouvert, le fœtus retiré par les pieds et le cordon coupé entre deux ligatures, on nettoiera exactement la cavité avec la solution de sublimé à 1/2000, à laquelle Pinard préfère la solution saturée de naphthol². On explorera la profondeur du sac, et, si

Conservation du sac.

¹ Certaines circonstances peuvent légitimer une conduite particulière. HOFMEIER (*Grundriss der gyn. Oper.*, 1888, p. 545) fut, dans un cas d'inflammation du sac, plein de pus et de gaz, avec péritonite intense, amené à enlever la totalité de l'utérus qui faisait partie du foyer septique. — Un autre cas d'hystérectomie nécessitée par de fortes adhérences a été encore publié; le pédicule fut laissé à l'extérieur; mort (WALTZ, cité par WERTH, *loc. cit.*, p. 159).

² PINARD (*Annal. de Gyn.*, avril 1889, t. XXXI, p. 241 et *Semaine méd.*, 1891, p. 547) a rapporté 9 cas de grossesse extra-utérine traités par la marsupialisation qu'il appelle

elle est voisine du cul-de-sac vaginal, on introduira un tube en croix dont la longue branche passera par le cul-de-sac postérieur. Le placenta sera momifié à l'aide d'un mélange de poudre de tanin et d'acide salicylique, ou avec du benzoate de soude¹. On maintiendra, dans la poche, des bandelettes de gaze iodoformée et l'on veillera à ce qu'il ne s'y fasse aucune accumulation de liquide. La guérison a lieu lentement, par granulation : le placenta se détache par lambeaux².

Martin³ a appliqué au traitement du sac un procédé analogue à celui qu'il met en usage après la décortication des corps fibreux intra-ligamentaires (fig. 170). Il a réséqué la plus grande partie possible des parois du kyste, puis il a suturé ce qui en restait, de manière à isoler parfaitement l'intérieur du sac de la cavité péritonéale; il draina ensuite par le vagin.

Ablation totale
du sac.

B. Ablation totale du sac. — Cette modification dans la technique opératoire est assez importante pour mériter quelques développements.

Le traitement par suppuration du sac, comparable à celui de certains kystes de l'ovaire adhérents, offre le grand inconvénient d'être fort long, de donner lieu à une fistule parfois interminable⁴ et d'exposer à l'éventration. Litzmann⁵, le premier, a donc proposé d'enlever complètement le sac et son contenu, fœtus et placenta, de manière à pouvoir amener la guérison rapide, comme après un hémato-salpinx ou un pyo-salpinx. Cette opération, dite *radicale*, n'a pas d'abord donné d'aussi bons résultats que la méthode *conservatrice* du sac. Maygrier, en 1886, ne connaissait que 7 cas d'ablation du sac. Werth, sur 11 cas rassemblés (en 1886), comptait 4 morts et 7 guérisons, soit 36 pour 100, tandis que sur 40 cas où le sac avait été conservé, il y avait 14 morts et 26 guérisons, soit 35 pour 100. Mais depuis, ce procédé a été hardiment mis en usage et a donné une série

l'extériorisation du sac, avec une mort pour la femme; les enfants étaient toujours morts depuis plus ou moins longtemps.

¹ WERTH (*loc. cit.*) reproche au mélange de tanin et d'acide salicylique (Freund) de prolonger l'élimination du placenta. C'est pour cela qu'il préfère le benzoate de soude.

² NEGRI (*Ann. di Ostet.*, mars 1885) a rapporté un cas où il referma complètement le ventre, après avoir nettoyé le kyste sans extraire le placenta, qu'il fut impossible de trouver. La malade guérit sans accidents. — BRAITHWAITE (*Obstet. Trans.*, Londres, 1886, t. XXVIII, p. 35) a laissé en place le placenta largement adhérent sur le fond de l'utérus et les parties voisines; drainage, guérison sans expulsion du délivre. — Ces faits sont curieux et montrent la tolérance et la résorption possible de ces parties, mais ils ne sauraient servir de base à des modifications de la technique opératoire.

³ MARTIN. *Berl. klin. Woch.*, 19 déc. 1881, p. 217. — Pour assurer l'hémostase, au moment de l'extraction du placenta, il a aussi proposé d'en perforer la base en plusieurs endroits avec de fortes aiguilles et de lier isolément chacun des segments ainsi circonscrits, avant de les enlever; ce procédé n'est applicable que quand le délivre ne s'insère pas sur les viscères.

⁴ On l'a vue persister trois ans. (ROUSSEAU, *Union méd. du Nord-Est*, sept. 1877, p. 283.)

⁵ LITZMANN. *Arch. f. Gyn.*, 1882, Bd. XIX, Heft I, p. 96.

de remarquables succès, avec un enfant vivant. Dans plusieurs de ces observations, il y avait des adhérences étendues à l'intestin, qui n'ont pas empêché la guérison. Werth¹, qui a de nouveau réuni les cas de laparotomie pour grossesse à terme publiés depuis 1887, a trouvé que, sur 9 opérations, 1 seule avait été faite sans ablation du sac. Cette série n'a donné que 2 morts. J'ai pu moi-même en rassembler un nombre beaucoup plus grand, portant sur la période des trois dernières années, et complétant, par suite, les séries données par Maygrier et par Werth, dans son premier grand travail. Beaucoup de faits m'ont sans doute échappé, et cependant j'ai trouvé 27 observations d'extirpation du sac (1887 à 1891) avec 26 guérisons, et 1 mort. J'ai déjà cité (p. 878) les 8 cas de Lazarewicz, de Breisky, d'Eastman, d'Olshausen (dans 1 cas), de Treub, de Schauta, de Rein et de Lihotzky qui sont relatifs à des opérations pour l'extraction d'enfants vivants. En voici d'autres, faites après la mort du fœtus, à la fin de la grossesse : Hofmeier², 1 cas, mort; Kusnetsky³, 2 cas, guérison; Sutugin, 2 cas, guérison; Muratow, 1 cas, guérison; Sajaïsky, 2 cas, guérison; Kadjan, 1 cas, guérison; Slavjansky, 1 cas, guérison; Quénu⁴, 1 cas, guérison; Wiedow⁵, 1 cas, guérison; Olshausen⁶, 3 cas, guérison; Matlakowski⁷, 1 cas, guérison; Rein⁸, 1 cas, guérison; Odenthal⁹, 1 cas, guérison; Fantino¹⁰, 1 cas, guérison; Schauta¹¹, 1 cas, guérison.

La technique de ce procédé ne saurait être minutieusement fixée. L'opération, dans son ensemble, se rapproche beaucoup de l'extirpation d'un kyste de l'ovaire adhérent, ou d'un kyste parovarien, inclus dans le ligament large. Voici comment on peut en régler les temps principaux :

1^{er} temps. — Incision abdominale, sutures provisoires du sac à chacune des lèvres de la plaie.

¹ WERTH, *Verhandl. der Versaml. der deutsch. Ges. f. Gyn. in Friburg*, 1889 (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, p. 515).

² HOFMEIER, cité par FALK. *Tubo-ovarial Schwangerschaft*, Dissert. inaug., Berlin, 1887.

³ KUSNETSKY, SUTUGIN, MURATOW, SAJAÏSKY, KADJAN, SLAWJANSKY, cités par ce dernier : *Soc. obst. et gyn. de Saint-Petersbourg*, 25 fév. 1889 (anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 854). Les cas de KUZNETZKY et de SUTUGIN sont aussi mentionnés, à propos du cas de LAZAREWICZ, par MASSALITINOFF (*Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1886, p. 277).

⁴ QUÉNU. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 10 avril 1889, p. 518.

⁵ WIEDOW. *Verhandl. des 5^{em}. Congress der deutschen Ges. f. Gyn., Fribourg*, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 29, p. 502).

⁶ OLSHAUSEN. *Ueber Extra-uterinschwangerschaft, etc.* (*Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 9, p. 175 et n° 10, p. 192, 195).

⁷ MATLAKOWSKI. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVIII, p. 567.

⁸ REIN. *Soc. obstét. et gyn. de Kieff*, 1890. (*Répert. univ. d'Obstét. et de Gyn.*, 1891, p. 421.)

⁹ ODENTHAL. *Soc. d'Obstét. de Leipzig*, 15 déc. 1890 (*Centr. f. Gyn.*, 1891, p. 259).

¹⁰ FANTINO (de Turin). *Riv. di Ost. e gin.*, 1891, n° 7.

¹¹ SCHAUTA, *loc. cit.*, p. 6.

Technique

2^e temps. — Ouverture du sac dans son point le plus mince, en évitant le plus possible les vaisseaux ou en les pinçant à mesure.

3^e temps. — Extraction du fœtus saisi par les pieds, ligature et section du cordon.

4^e temps. — Ablation des sutures provisoires, extraction du sac en opérant la rupture des adhérences et la décortication de la portion sous-séreuse; des pinces seront rapidement placées sur les points saignants, que les aides comprimeront, au besoin, avec les doigts.

5^e temps. — Hémostase définitive du fond de la plaie par des ligatures ou par le tamponnement à la gaze iodoformée. Alors même que le tamponnement ne serait pas employé, il serait prudent de ne pas refermer complètement la plaie abdominale, mais d'établir un drainage à sa partie inférieure, soit avec un tube de caoutchouc, soit avec quelques bandelettes de gaze antiseptique.

Si le sac était trop fortement adhérent à l'intestin, il ne faudrait le réséquer que jusqu'au niveau des adhérences, faire et renouveler le tamponnement à la gaze iodoformée du fond de la plaie jusqu'à exfoliation des parties kystiques laissées en place (Treub).

Extraction du fœtus par l'élytrotomie.

Technique de l'extraction du fœtus par l'élytrotomie. — L'incision du vagin, moins redoutable en apparence que la laparotomie, a été préconisée par Baudelocque¹, qui, du reste, n'avait pas craint non plus de conseiller l'incision abdominale².

Maygrier (1886) a rassemblé 4 cas d'élytrotomie dans la seconde moitié de la grossesse, le fœtus étant vivant. Il y a eu 2 guérisons (une douteuse) et 2 morts, soit 50 pour 100. La même opération, le fœtus étant mort, a donné 7 guérisons et 5 morts, soit 41,6 pour 100 de mortalité³.

Schauta⁴ a relevé de 1876 à 1891, 12 cas d'élytrotomie, dont 5 cas pendant les quatre derniers mois de la grossesse et 7 cas, après le terme. Ces cas se répartissent de la façon suivante : sur les 5 premiers cas, 3 fois le placenta fut abandonné (1 mort); 2 fois le placenta fut enlevé, dans 1 cas avec un enfant vivant et la malade guérit; l'autre malade mourut. Des 7 cas d'élytrotomie, après

¹ BAUDELLOCQUE. *L'art des accouchements*, Paris, 1815, t. II, p. 485.

² La première opération d'élytrotomie aurait été faite, en Amérique, par JOHN KING (*Med. Repository*, New-York, 1815, p. 358, indication donnée par PARRY, *loc. cit.*, p. 258) pour un enfant vivant, à terme, sauvé ainsi que la mère. Cette observation est douteuse. — CAIGNON (*Lancette franç.*, 1829, p. 155) a publié l'observation d'un fœtus développé dans le pavillon de la trompe gauche; opération « particulière » (élytrotomie). Le fœtus, âgé de six mois et demi, fut extrait vivant. — Deux ans auparavant, NORMAN (*Med.-chir. Transact. of London*, 1827, t. XIII, p. 548) avait fait connaître une observation d'élytrotomie pour fœtus mort.

³ MAYGRIER (*loc. cit.*) indique, par erreur, le chiffre de 38,5 pour 100.

⁴ SCHAUTA, *loc. cit.*, p. 47.

terme, 3 furent suivis de mort; une seule fois, le placenta avait été enlevé.

Cette opération me paraît devoir être réservée aux cas où le fœtus est mort¹. On ne peut, en l'absence à peu près complète d'observations², se rendre compte de la gravité de l'opération pour un enfant vivant. Mais, *a priori*, elle paraît devoir être très grande, pour peu qu'une hémorrhagie se produise. La laparotomie peut être infiniment mieux réglée,

Il en est tout autrement quand le fœtus est mort, il faut alors, pour songer à l'élytrotomie, que le kyste plonge dans l'excavation, que le placenta ne soit pas vulnérable par le vagin, et que la vessie et l'utérus soient déplacés latéralement. Toutefois, la première condition est seule toujours indispensable, car la présence du placenta dans le cul-de-sac vaginal n'offrirait pas de dangers sérieux, au bout de deux mois environ, époque où a cessé la circulation fœtale.

Voici la **technique** suivie par Pinard³ qui a pratiqué avec succès une élytrotomie, pour une grossesse extra-utérine au 6^e mois : Anesthésie; femme placée dans la position obstétricale; exploration du cul-de-sac vaginal, et ponction au bistouri dans un point où l'on a constaté l'absence de pulsation artérielle. Introduction du doigt par cette boutonnière pour l'exploration, puis agrandissement par débridements multiples et dilatation, à l'aide des doigts introduits en cône. La main ayant pénétré, on saisit le pied et on l'amène à la vulve par des tractions lentes et continues, puis on engage le siège et le tronc; on dégage successivement les deux bras, puis la tête⁴. Le cordon est coupé et l'on va à la recherche du placenta. Est-il facile à enlever? On le décolle avec les doigts, doucement; pour peu qu'il semble adhérent, il est préférable de l'abandonner. On fait alors un lavage abondant de l'intérieur du kyste avec la solution de sublimé à 1/5000 ou avec la solution aqueuse saturée de naphthol β. J'incline à penser que l'introduction de gaze iodoformée serait ensuite préférable aux injections fréquentes, préconisées par Pinard; on renouvelerait la gaze tous les

Technique.

¹ LANDAU (cité par FENGER, *Amer. Journ. of Obstet.*, 1891, p. 454) a, paraît-il, fait 15 fois l'élytrotomie avec une seule mort. Mais, ces observations n'ayant pas été publiées en détail, nous ne savons pas s'il s'agissait de grossesse extra-utérine dans la première partie ou la seconde moitié.

² La seule observation incontestable d'élytrotomie suivie de l'extraction d'un enfant viable est celle de MATHIESON (*Trans. obstet. Soc.*, Londres, 1885, t. XXVI, p. 152), communiquée par MAC-CALLUM. — Cette observation est celle dont parle SCHAUTA (*loc. cit.*) dans sa statistique.

³ A. PINARD. *Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine (Annal. de Gyn.*, avril 1889, t. XXXI, p. 246), et *Semaine méd.*, 1891, p. 347.

⁴ On pourra exceptionnellement être dans l'obligation d'employer le forceps pour extraire la tête, très fortement engagée. Voir OLSHAUSEN. *Verhandl.* etc. p. 516.

trois ou quatre jours et on pourrait même la laisser en place plus longtemps. S'il se produisait des phénomènes d'infection putride, par suite d'une antiseptie insuffisante¹, on pourrait avoir recours à l'irrigation continue (p. 82), qui a donné de si beaux succès dans la septicémie puerpérale².

Extraction de débris fœtaux par l'urètre dilaté et par la taille vaginale.

L'élimination spontanée du sac suppuré par la vessie est très rare, et Winckel³ n'en a réuni que 12 exemples publiés. On a successivement pratiqué en pareil cas la laparotomie, la taille vaginale (P. Müller)⁴, l'élytrotomie et la taille sus-pubienne (Werth)⁵. Ces opérations pourront le plus souvent être évitées; il suffira de dilater l'urètre (Winckel) et, au besoin, de le débrider (Littlewood)⁶, pour pouvoir aller chercher avec l'index l'orifice du sac, l'agrandir, en extraire avec des pinces les os du fœtus, puis le déterger par des injections. Ce n'est que si l'on ne pouvait réussir de la sorte et si des accidents sérieux demandaient une intervention active qu'on ferait la **taille vaginale**, suivie de suture, aussitôt après l'évacuation et la désinfection du sac. L'opération par l'urètre dilaté pourra, du reste, être faite en deux ou trois séances, grâce à l'emploi de la cocaïne. On continuera les injections boriquées dans la vessie jusqu'à ce que toute trace de cystite ait disparu.

Extraction du fœtus par la voie périnéale et par la voie pelvienne.

Peut-être, dans certains cas déterminés où le kyste volumineux sera fortement enclavé dans le cul-de-sac de Douglas, pourra-t-on préférer à l'élytrotomie la **périnéotomie**, soit **transversale**, soit **verticale** (p. 694-698), ou l'**incision para-sacrée** (p. 417), ou, même pourra-t-on avoir recours à la **voie pelvienne**, après résection préliminaire du coccyx et d'une partie du sacrum (p. 418). C'est à l'avenir qu'il appartient de préciser les applications de ces opérations encore nouvelles.

¹ DORFF (*Soc. belge de gyn. et d'obst.* 20 oct. 1889, anal. in *Annal. de Gyn.*, janv. 1890, t. XXXIII, p. 60) a vu, chez KALTENBACH, une malade succomber au 9^e jour, par suite des difficultés de l'antiseptie vaginale. — BARSONY (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 22, p. 385) a aussi observé un cas de mort. — PINARD (*loc. cit.*) a publié un beau succès.

² PINARD et VARNIER. *Ann. de Gyn.*, déc. 1885, t. XXIV, p. 434 et avril 1889, t. XXXI, p. 241.

³ F. WINCKEL. *Ueber den Durchbruch extra-uteriner Fruchtsäcke in die Blase (Samml. klin. Vorträge*, mai 1890, n° 3).

⁴ P. MÜLLER. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, p. 78.

⁵ WERTH. *Beiträge*, etc., 1877, p. 126 (observat. V).

⁶ LITTLEWOOD. *Lancet*, 3 avril 1886, t. I, p. 637.

LIVRE XIV

MALADIES DU VAGIN.

CHAPITRE I

DES VAGINITES.

Pathogénie. Étiologie. Microbes de la vaginite : gonococcus de Neisser, etc.; Types cliniques; vaginite blennorrhagique des adultes; vaginite des petites filles et des vierges; vaginite des femmes enceintes; vaginite de la ménopause. — Anatomie pathologique. Vaginite granuleuse. Vaginite simple. Vaginite sénile. Leucoplasie vulvo-vaginale. Vaginite emphysémateuse (pachyvaginite kystique). — Symptômes. Végétations. Vaginite exfoliatrice. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. Pseudo-vaginites : vaginite croupale ou diphtéritique; vaginite gangréneuse; péri-vaginite phlegmoneuse disséquante.

Pathogénie. Étiologie. — La muqueuse qui recouvre le vagin, comme toutes celles qui sont en contact immédiat avec l'air extérieur, est une muqueuse dermo-papillaire qui offre de grandes analogies avec le tégument externe par sa trame serrée et son revêtement épithélial stratifié. Mais elle s'en distingue par l'absence de vernis imperméable que forme sur la peau la couche cornée de l'épiderme. La mue constante des cellules de l'épithélium, incessamment renouvelées à sa surface, la protège seule contre l'action irritante des agents extérieurs. Il est difficile de comprendre, toutefois, comment la muqueuse résiste à l'action des germes nombreux qui pullulent dans la cavité vaginale. Il faut évidemment faire intervenir ici les notions pathogéniques nouvellement acquises sur la **réceptivité** des tissus, au point de vue de l'infection¹. Le vagin est normalement habité par des

Pathogénie.
Étiologie.

¹ Il en est ainsi de l'action du *pneumococcus* dans la pneumonie dont le rôle capital a été découvert par FRÄNKEL, FRIEDLÄNDER et TALAMON. Or, NETTER a montré que ce microbe est presque normal dans la salive, dans le mucus nasal, etc., chez des gens n'ayant jamais eu de pneumonie. Qu'un traumatisme, qu'un refroidissement mette le sujet en état de réceptivité morbide, le *pneumococcus* émigre en quelques heures, et colonise dans les poumons (F. FOVEAU. *De la vaginite et de son traitement*, Thèse de Paris, 1888, p. 21).