

mations antérieures de la glande et par toutes les causes qui rétrécissent les conduits excréteurs. Ce sont des kystes *par rétention*. Le kyste peut en effet siéger dans le canal excréteur dilaté ou dans un ou plusieurs des lobules glandulaires.

On les rencontre, comme les abcès de cette région, plus fréquemment à gauche qu'à droite, sans que l'on puisse donner de bonne raison pour cette localisation.

Le kyste du *conduit excréteur* est plus fréquent et devient plus considérable que le kyste de la glande; il proémine sous forme d'une tumeur arrondie du volume d'une noix et quelquefois d'un œuf de poule du côté de la vulve, dont il occupe les deux tiers inférieurs. Le sillon profond et rectiligne qui sépare la face interne des grandes lèvres de la face externe des petites lèvres a disparu vers la partie inférieure et est remplacé par une saillie. Les téguments mobiles peuvent glisser sur la tumeur. La palpation fait reconnaître la résistance de celle-ci et peut faire retrouver la glande refoulée vers la branche montante de l'ischion.

Le kyste reste en général peu de temps limité au conduit excréteur; le mucus agrandi de proche en proche les diverses ramifications, puis les granulations qui y aboutissent, et il se produit un kyste ramifié, appendiculé et de la forme la plus bizarre. (Huguier.)

Les kystes développés dans la *glande* même ont un siège presque constant qui se trouve aux extrémités du diamètre transversal de l'entrée de la vulve, au point d'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la grande lèvre. Ils peuvent se développer à différentes profondeurs, suivant qu'ils occupent des lobules superficiels de la glande ou ses lobules profonds ou accessoires.

La tumeur est généralement arrondie; sur sa face inférieure et interne passe le bord libre de la petite lèvre dont les feuillets se sont dédoublés, sauf dans le tiers inférieur. La grande lèvre est un peu déformée dans sa partie postérieure; elle suit le contour de la tumeur, qui en même temps empiète sur l'ouverture vaginale.

Toutes les parties sont saines et glissent sur la tumeur, excepté en dedans, où la muqueuse y est adhérente. (Huguier.)

Par le toucher, on trouve le kyste plus haut situé et obstruant moins le vagin que dans le cas de kyste du conduit. Sa surface peut présenter des saillies dues à des granulations voisines développées, mais moins que celles que forme le kyste. Celui-ci est tantôt élastique

et fluctuant, tantôt dur, résistant, sans fluctuation, suivant l'épaisseur et la distension de la poche.

Les parois du kyste se composent de trois couches; la plus interne est muqueuse, la moyenne fibreuse, et l'externe n'est autre que le tissu cellulaire parenchymateux et intra-glandulaire. Ces parois sont plus épaisses et difficilement isolables, si elles ont été le siège d'une inflammation antérieure. Des vaisseaux volumineux fournis par l'artère et la veine honteuse interne arrivent à la tumeur par sa partie externe et rampent dans ses parois; l'extirpation s'accompagne toujours d'un écoulement de sang en jet.

Le kyste adhère au vagin par un tissu cellulaire dense et serré, à l'ischion par les vaisseaux, et aux muscles constricteur du vagin et transverse du périnée; aussi son ablation totale est difficile.

Le liquide est ordinairement clair, transparent, incolore, semblable à un blanc d'œuf, quelquefois légèrement coloré par le sang; il est constitué par du mucus qui, dans les kystes anciens, devient aqueux et comme séreux.

Boys de Loury (*Revue médicale*, 1840) décrit sous le nom de *kystes en chapelets* des tumeurs formées par des granulations isolément dilatées. Il se forme ainsi des kystes gros comme des pois ou des grains de raisin surajoutés les uns aux autres.

Enfin, la tumeur peut se développer dans les granulations *accessoires* de la glande. (Huguier.)

Ces diverses tumeurs sont en général indolentes et ne déterminent que de la gêne dans la marche ou dans le coït. Elles augmentent quelquefois au moment des règles ou après les rapports et peuvent même s'enflammer et suppurer.

Leur évolution est fort lente et se compte par années.

Le principal élément de diagnostic est formé par la lenteur de ce développement et par le siège de la tumeur qui occupe le tiers inférieur de la vulve, tandis que les autres collections liquides en occupent surtout le segment supérieur.

Traitement. — Dans la plupart des cas, la tumeur doit être incisée dans toute sa hauteur, vidée de son contenu, et lavée soigneusement avec l'acide borique en solution; puis toute la face interne de la poche sera touchée avec le crayon de nitrate d'argent et avec une solution de chlorure de zinc à 5 pour 100 et bourrée avec de la gaze iodofonnée.

La guérison sera obtenue après cicatrisation du fond vers la superficie.

On a, dans ces derniers temps, injecté avec succès, dans la poche *non vidée*, 5, 4, 6 gouttes d'une solution de chlorure de zinc au $\frac{1}{10}$ à l'aide de la seringue de Pravaz. (Anger, Le Dentu.)

L'extirpation du kyste peut être faite en cas de récurrence; elle est quelquefois laborieuse et peut s'accompagner d'une hémorrhagie assez abondante.

b. KYSTES SÉREUX OU HYDROCÈLES DE LA FEMME.

Cette affection, assez mal connue dans son siège primitif, a été l'objet de travaux de la part de Regnoli (*Archives générales de médecine*, 1864), de Brochon (Thèse de Paris, 1859), de Duplay (Thèse de Paris, 1865), de Gaillard-Thomas, de divers chirurgiens américains (*American Journal of obstetrics*, etc., 1881), et de Rubère (Thèse de Paris, 1885).

Anatomie pathologique. — Regnoli et un assez grand nombre d'auteurs, parmi lesquels G. Thomas, admettent que la collection séreuse se développe dans le canal de Nüch, dont il persisterait des débris susceptibles de se distendre et de se remplir de liquide.

Brochon considère ces tumeurs comme des kystes et pense que l'accumulation séreuse se fait, soit entre la peau et le sac dartoïque de Broca, soit dans l'intérieur même du sac.

Duplay n'admet pas la persistance du canal de Nüch et rejette l'existence de collections séreuses méritant le nom soit d'hydrocèles congénitales, soit d'hydrocèles enkystées. Il pense que l'on a donné improprement ce nom, soit à des hydrocèles *herniaires avec viscères*, soit à des hydrocèles de sacs *herniaires déshabités* (*kystes pseudo-sacculaires*), soit à diverses tumeurs kystiques des grandes lèvres.

Ces kystes séreux siègent au début dans la partie supérieure de la grande lèvre, qu'ils peuvent, en se développant, envahir en totalité; ils se présentent sous forme d'une tumeur oblongue pouvant acquérir un volume très considérable, oblique en bas et en dedans, fluctuante et transparente quand elle est assez considérable. La tumeur est irréductible par la pression. A sa partie supérieure, elle se prolonge

quelquefois par un pédicule qui peut être suivi jusqu'à l'orifice cutané du trajet inguinal.

Elle contient un liquide clair et limpide se reproduisant après la ponction simple; son développement est lent et se fait en plusieurs années.

Le traitement a consisté, dans la plupart des cas, en une ponction suivie d'injection iodée, ou dans l'incision avec pansement ou injections phéniqués au cinquantième ou tamponnement à la gaze iodoformée.

CANCER DE LA VULVE.

Le cancer primitif de la vulve est une affection rare; la plupart des cas connus ont été analysés par Deschamps (*Archives de toxicologie*, 1885).

D'après Lebert, l'affection s'observerait de préférence de vingt à vingt-cinq ans; elle serait surtout fréquente après la ménopause et chez les femmes âgées (Deschamps). Les irritations de la région et surtout les manifestations syphilitiques semblent pouvoir en être le point de départ; le prurit vulvaire et le psoriasis seraient aussi une cause prédisposante.

Toutes les variétés de cancer peuvent être rencontrées à la vulve; mais l'*épithélioma* paraît de beaucoup le plus fréquent, et en particulier l'*épithélioma pavimenteux tubulé*.

Le début de l'affection passe en général inaperçu: la région primitivement atteinte présente la forme tantôt d'une plaqué hypertrophique, tantôt d'une tumeur verruqueuse, d'un poireau. Cette tumeur s'accuse peu à peu le long des organes génitaux externes, sans déterminer autre chose que de la cuisson et des démangeaisons intenses. Le grattage provoque le plus souvent l'ulcération du néoplasme. Celle-ci sécrète un liquide qui se concrète en croûtes, s'il n'est pas trop abondant, et qui s'écoule à l'extérieur sous forme de sanie, s'il est produit en quantité. L'ulcération est rouge, terne, violacée ou grisâtre; elle repose sur une base élevée et dure et s'élève un peu au-dessus des parties voisines. Elle est souvent irrégulière, présentant des saillies bourgeonnantes et papillaires et des pertes de substance profondes et anfractueuses. Les bords sont durs, saillants, rugueux, inégaux, parsemés de bourgeons exubérants.

L'affection semble débiter le plus souvent par le clitoris ou par

les grandes lèvres, et particulièrement la grande lèvre gauche, qui peut rester seule atteinte; elle siège de préférence sur la face muqueuse des grandes lèvres et l'ulcération fait surtout des progrès de ce côté. Elle peut s'étendre en dehors vers la peau du pubis, de l'aîne et de l'anus; elle franchit aussi quelquefois l'orifice du vagin, bien que le cancroïde affecte surtout la partie supérieure de la vulve.

L'engorgement ganglionnaire inguinal survient tardivement. La marche de l'affection est très lente et peut se prolonger pendant six, dix et même vingt ans (Lebert); la mort survient en général en deux ou trois ans après l'ulcération.

Le *traitement* consiste dans la large ablation des parties malades pratiquée soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère.

VAGINISME.

Le *vaginisme*, étudié par Huguier (*Thèse de Paris*, 1854) et Borelli (*Gazette médicale des États sardes*, 1851), est devenu une affection classique depuis les travaux de Marion Sims (1861), Michon (*Bulletin de thérapeutique*, 1861), Gallard (*Union médicale*, 1861); un grand nombre de thèses et un chapitre spécial dans les traités de gynécologie lui ont été consacrés.

Le vaginisme est la contracture douloureuse et spasmodique de l'appareil musculaire vulvo-vaginal; l'affection est essentiellement caractérisée par une douleur et un spasme.

Étiologie. Pathogénie. — Dans l'immense majorité des cas, la douleur produisant le spasme a pour point de départ une lésion, quelquefois insignifiante, siégeant au niveau de l'hymen, du vagin, de l'utérus, de l'urèthre, du rectum, de la vessie, etc.

Pour Sims, c'est l'hymen qui est en cause ou, à son défaut, les caroncules myrtiformes; souvent aussi, une ulcération herpétique, une simple crevasse de la vulve ou du vestibule, une vaginite granuleuse, des polypes ou des ulcérations folliculaires du col, des déviations utérines, peut-être des lésions de l'ovaire (G. Thomas), sont l'origine du spasme.

D'autres fois des polypes de l'urèthre, une cystite, une fissure anale, doivent être incriminés.

Quelques auteurs (Daude, *Thèse de Paris*, 1880) ont cru trouver dans une lésion spinale localisée l'origine du vaginisme.

Tous les éléments musculaires qui entrent dans la constitution de la vulve et du vagin peuvent être le siège du spasme, mais celui-ci peut porter sur des régions distinctes et sur des muscles isolés. Le plus souvent, c'est le sphincter de la vulve qui est contracturé (*vaginisme antérieur* ou *vaginisme vulvaire*); d'autres fois, en même temps que ce muscle ou isolément, la contracture occupe surtout les muscles du périnée et en particulier le muscle transverse (Verneuil), *vaginisme profond* ou *périnéal*. Dans les cas accentués, toute la région musculaire est prise et le spasme siège dans le constricteur du vagin, le sphincter uréthral et les muscles du périnée (transverse, releveur de l'anus, sphincter de l'anus).

Sous le nom de *vaginisme supérieur*, on a décrit (Simpson, Hildebrandt, Budin) une contracture siégeant de 2 à 5 centimètres au-dessus de l'orifice vulvaire et produite par des fibres du releveur de l'anus, qui « forment des bandes contractiles sur les côtés et tout le long du vagin ». (Simpson.)

Symptômes. — Le vaginisme se compose de deux éléments, une hyperesthésie vulvaire et une contracture douloureuse. L'hyperesthésie peut exister un certain temps sans se compliquer de spasme; elle peut même quelquefois persister à l'état d'affection isolée (de Ransé). Elle est simple ou accompagnée de névralgies ou encore de prurit vulvaire.

La douleur s'exagère et le spasme apparaît au moment des premiers rapports sexuels ou plus tard avec le développement d'une des lésions que nous avons énumérées. L'orifice du vagin se ferme, opposant une barrière infranchissable au pénis ou au doigt.

Le moindre contact exagérant la douleur, le spasme augmente et le sphincter de la vulve se contracte encore plus énergiquement.

Si le coït peut être pratiqué, il est douloureux et redouté; le plus souvent il devient impossible.

A l'examen, le contact du doigt sur l'hymen ou sur les caroncules myrtiformes, ou sur un point de la vulve où siègent soit une vésicule d'herpès, soit une fissure, soit une excoriation, provoque la plus vive douleur et peut arracher des cris à la malade.

Tantôt le doigt ne peut pénétrer l'orifice vulvaire; tantôt au contraire, après avoir pénétré, il est arrêté dans l'intérieur du vagin et éprouve la sensation d'une véritable barre transversale correspondant exactement au trajet du muscle transverse du périnée (Verneuil); il

peut même être serré plus loin encore, presque au niveau du col utérin; il est alors serré latéralement (Budín) par la contracture des fibres inférieures du releveur de l'anús.

Quand la contracture occupe tout le plancher périnéal, celui-ci donne au toucher une sensation de dureté comparable à la dureté du bois, en même temps que les tissus perdent toute leur élasticité.

La dysurie et la rétention d'urine, quelquefois des troubles de la défécation, peuvent accompagner le vaginisme.

Cette affection entraîne le plus souvent la stérilité.

Le vaginisme peut céder sans traitement ou s'améliorer facilement quand il est symptomatique d'une lésion locale bien traitée; dans d'autres cas, la durée est illimitée et l'affection n'a aucune tendance à guérir spontanément.

Le *diagnostic* ne présente en général aucune difficulté; on doit s'attacher à rechercher le diagnostic de la cause et la variété de vaginisme qui en est la conséquence.

L'hyperesthésie vulvaire simple se distingue par l'absence de contracture musculaire.

Le *pronostic* est assez sérieux; l'affection entrave les rapports conjugaux et partant met obstacle à la conception, et le plus souvent elle ne peut guérir que par une intervention chirurgicale.

Traitement. — Le plus souvent, avant toute autre médication, les malades doivent être soumises à un traitement médical, hygiénique, reconstituant et calmant. Les bains, les douches froides, le bromure de potassium, seront conseillés avec avantage.

Le traitement *local* des éruptions, de la vulvo-vaginite, des fissures, doit être le premier employé; les pansements au chloral et à la poudre d'iodoforme ou à la pommade iodoformée peuvent donner de bons résultats. Demarquay a préconisé de toucher le point lésé avec une solution de nitrate d'argent ou avec le crayon et de cautériser toute la muqueuse vaginale avec la solution, au cas où la lésion initiale n'a pu être découverte. Dans ces derniers temps, les succès les plus remarquables ont été obtenus par le badigeonnage des parties avec une solution de cocaïne (Cazin), et le coït a pu être pratiqué pendant l'anesthésie obtenue par cet agent.

Peut-être ce traitement si simple et si facile sera-t-il plus tard la seule médication du vaginisme.

Quoi qu'il en soit, jusqu'à présent, dans les cas accentués, on est

obligé d'avoir recours à une véritable intervention chirurgicale tout à fait analogue à celle que l'on pratique pour la fissure anale, à savoir la dilatation de l'orifice vulvo-vaginal. Cette dilatation peut s'obtenir d'une manière lente et progressive à l'aide de mèches ou de bougies de volume gradué, enduites de pommades opiacées, belladonnées ou cocaïnées.

Ce procédé, long et incertain, doit être le plus souvent remplacé par la dilatation *forcée*. Celle-ci se fait sous le chloroforme, à l'aide d'un spéculum dont on écarte de plus en plus les valves de manière à opérer un véritable massage sur les parois vulvo-vaginales. Verneuil a soin d'appuyer fortement avec le spéculum de Sims sur la paroi postérieure du vagin, en le dirigeant profondément en arrière dans la direction du coccyx, de façon à briser la résistance du périnée.

Sims a conseillé une opération sanglante consistant : 1° à enlever aussi exactement que possible toute la membrane hymen et ses débris, et même tout point de la vulve conservant après l'enlèvement de l'hymen une sensibilité anormale; 2° à inciser largement le sphincter et tout l'orifice par une incision profonde faite de chaque côté de la ligne médiane, dirigée de haut en bas, se terminant au raphé du périnée et formant le côté d'un Y. L'incision intéresse à la fois le tissu vaginal, l'anneau vulvaire et le périnée.

L'effet de ces deux opérations est assuré par la dilatation faite avec une grosse bougie en caoutchouc ou en verre et portée pendant un mois, une heure ou deux, matin et soir.

Cette intervention compliquée et grave ne peut trouver son indication que fort rarement, dans des cas tout à fait rebelles à la dilatation forcée.

DÉCHIRURES OU RUPTURES DU PÉRINÉE.

Cette question a reçu dans ces dernières années d'importants développements au point de vue de la médecine opératoire. L'histoire de la périnéorrhaphie, bien étudiée en France par Verneuil (*Gazette hebdomadaire*, 1862, et *Chirurgie réparatrice, Mémoires de chirurgie*, t. I), s'est enrichie, au point de vue pratique, des travaux de J. Hue (*Annales de toxicologie et Bullet. Soc. de chirurgie*, 1875) et des discussions de la Société de chirurgie (1885, 84, 85. Verneuil, Trélat, Terrillon, Monod, etc.). A l'étranger, ces ruptures ont été

étudiées par Hegar et Kaltenbach dans leur gynécologie opératoire, par Langenbeck et Simon; en Angleterre, par West, Lawson Tait, et en Amérique, par Sims, G. Thomas, Emmet, etc.

Nous n'avons pas à étudier ici les *causes* de ces ruptures, qui appartiennent à l'obstétrique; elles se produisent au moment de l'expulsion de la tête ou dans une application malheureuse de forceps.

Pour bien comprendre le mécanisme de la déchirure et les indications des procédés opératoires, il faut se rappeler que le périnée ou *corps périnéal* de la femme représente un triangle épais et résistant dont le plan musculaire est la base et dont le sommet s'étend jusqu'au point où la paroi postérieure du vagin et antérieure du rectum se séparent.

Ce corps périnéal peut être déchiré dans ses parties superficielles et dans ses couches profondes, la rupture mettant en communication le rectum et le vagin.

Gaillard Thomas ramène tous les cas à deux variétés :

A. Rupture complète.

B. Rupture partielle.

Il divise ces deux variétés de la manière suivante, suivant le degré de destruction :

1° La rupture est superficielle, porte sur la fourchette et ne comprend pas les sphincters;

2° La rupture s'étend jusqu'au sphincter anal, mais elle intéresse seulement les fibres périphériques de ce muscle;

3° La rupture du sphincter anal est complète. La cloison recto-vaginale n'est pas atteinte : il y a communication de la vulve et de l'anus;

4° La rupture comprend le sphincter anal et la cloison recto-vaginale; c'est la *rupture totale* (Terrillon).

On a signalé des ruptures rares du périnée, qui sont les *déchirures postérieures* se rapportant à une rupture de la cloison recto-vaginale seule, et une rupture *périnéale centrale*, sans lésion de la vulve. Dans ce cas, la délivrance s'est effectuée par le rectum.

Les petites déchirures de la fourchette guérissent seules et n'ont pour résultat que d'agrandir l'entrée de la vulve et de diminuer l'étendue antéro-postérieure du périnée.

Le corps périnéal ayant pour effet de soutenir les organes du petit bassin, après sa destruction, les parois vaginales ne sont plus soutenues

et il se produit une hernie du vagin compliquée de cystocèle et de chute de l'utérus. Quand la déchirure est complète, il y a, en général, en même temps complication de rectocèle.

En outre, la rupture du sphincter anal est suivie de l'incontinence des gaz et des matières fécales; si un certain nombre de fibres musculaires sont encore conservées, les gaz et les matières peuvent être quelquefois retenus quand la femme est dans un repos complet, mais ils s'échappent au moindre mouvement et au moindre effort et les matières ne peuvent être retenues dès qu'elles sont un peu liquides.

Dans la rupture complète, l'écoulement des matières fécales peut être incessant; et la chute de l'utérus et le prolapsus du rectum peuvent donner lieu à des douleurs dans le bassin et à une traction sur les ligaments utérins.

Traitement. — Après la déchirure incomplète, la cicatrisation spontanée des parties amène une guérison qui peut paraître suffisante, au moins un certain temps, tant qu'il n'y a pas chute des parois vaginales et abaissement de l'utérus. Mais la réparation spontanée complète est impossible, même dans ces cas simples et à plus forte raison lorsque les deux orifices du vagin et du rectum n'en font plus qu'un.

On peut remédier d'une manière immédiate à l'accident, soit par l'application de serres-fines, soit à l'aide de quelques points de suture s'il s'agit d'une déchirure incomplète. Le rapprochement des cuisses et des soins minutieux de propreté antiseptique peuvent, avec ces moyens simples, donner de bons résultats.

Schwartz (*Bullet. Soc. Chirurgie*, 1885) a proposé récemment d'opérer les ruptures complètes dans les huit premiers jours qui suivent l'accouchement, en avivant les surfaces déchirées par un simple grattage et en les réunissant par la suture pratiquée comme dans les procédés ordinaires de *périnéorrhaphie*.

L'opération *immédiate* a été préconisée par Baker-Brown, Demarquay, Scanzoni, etc.; toutes fois qu'il s'agit d'une rupture incomplète.

En général, le chirurgien n'est appelé à intervenir que lorsque la cicatrisation des parties s'est effectuée dans la position où les a placées la déchirure. Cette intervention doit être reculée quatre à six mois après l'accouchement, pour laisser passer la période puerpérale, dans laquelle les tissus fragiles se déchirent facilement et n'ont que peu

de plasticité, et pour permettre aux parties divisées de se rapprocher par cicatrisation.

L'opération a reçu le nom de *périnéorrhaphie* et consiste à aviver les lèvres de la plaie et à les réunir par la suture. Exécutée pour la première fois avec succès, au seizième siècle, par Guillemeau, étudiée dans un important mémoire de Roux (1824) à l'Académie des sciences, cette opération a reçu dans ces dernières années des perfectionnements considérables, dus à la fois aux meilleurs modes d'avivement et de suture et à l'antisepsie chirurgicale. Elle est exécutée en général, aujourd'hui, d'après le procédé américain préconisé par Emmet, G. Thomas et J. Hue, procédé dans lequel on se propose de remettre en contact les bouts du sphincter anal divisé et de refaire la cloison recto-vaginale rompue; en un mot, de refaire le périnée avec ses éléments constituants, et de restaurer le pouvoir et les fonctions du sphincter anal. Nous ne pouvons que renvoyer, pour les détails, aux traités de médecine opératoire et aux travaux que nous avons cités au début de cet article.

AFFECTIONS DU VAGIN

I

VICES DE CONFORMATION DU VAGIN.

Les vices de conformation de l'utérus et du vagin ont été étudiés dans un remarquable travail de Le Fort, qui a résumé et analysé tous les faits connus (*Thèse agrégation, 1865*).

Les vices de développement du vagin peuvent tous s'expliquer par la persistance d'un état transitoire embryonnaire : le vagin se développe aux dépens de la partie inférieure des canaux de Müller, d'abord largement séparés l'un de l'autre, puis accolés et séparés seulement par une cloison, puis enfin réunis en un conduit unique par la résorption de cette cloison. Si l'un des deux tubes de Müller se développe seul, on a le vagin *unilatéral*; si les deux sont arrêtés de bonne heure dans leur développement, on a l'*absence* du vagin ou le vagin *rudimentaire*; si la cloison persiste dans toute son

étendue, il en résulte un vagin *complètement cloisonné*; si elle persiste dans certains points seulement, on a un cloisonnement *incomplet*.

Suivant l'étendue plus ou moins considérable des tissus unissants, il se produit un vagin incomplètement cloisonné *longitudinalement*, si la cloison persiste sur une longueur assez grande; *transversalement* cloisonné au contraire, si la couche de tissu unissant est mince (de Sinéty).

On peut classer ces anomalies de la manière suivante (*id.*) :

1° L'*absence* de vagin ou *vagin rudimentaire*; 2° les *ouvertures anormales* du vagin; 3° les vagins à *cloisons transversales*; 4° les vagins à *cloisons longitudinales*; 5° l'*étroitesse* du vagin.

1° L'*absence* du vagin peut coïncider avec une absence de l'utérus. On trouve, à la place du vagin, un cordon fibreux continu, ou fibreux à sa partie inférieure et creusé d'une cavité dans sa partie supérieure.

2° La plupart des *ouvertures anormales* du vagin doivent être probablement rapportées à une persistance du canal uro-génital. On a vu ce conduit s'ouvrir près du rectum, très exceptionnellement dans la vessie et au-dessus du pubis.

3° Le *cloisonnement transversal* est dû à une imperforation de l'hymen ou à une membrane en forme de diaphragme située plus ou moins haut dans le canal vaginal. La membrane dépendant de l'hymen est située à l'extrémité inférieure du vagin; celle qui résulte de la persistance sur un point de la division longitudinale embryonnaire est ordinairement située plus haut, à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur, à 4 ou 5 centimètres de l'orifice vulvaire. Ces cloisons, en général uniques, ont été observées au nombre de trois et quatre sur la même femme; elles sont formées de tissu fibreux et quelquefois de fibres musculaires lisses.

4° Les vagins *doubles*, séparés longitudinalement, s'accompagnent le plus souvent d'une division semblable de l'utérus. Le vagin gauche est situé sur un plan plus antérieur que le droit. La partie inférieure du vagin peut être double, son extrémité supérieure étant unique. La cloison peut être interrompue sur plusieurs points et les conduits communiquent ensemble à ce niveau.

5° L'*étroitesse* du vagin peut résulter de cette disposition unilatérale, ou elle reconnaît pour cause un arrêt de développement ayant atteint l'organe après la naissance.